

# Gravida missbrukare inom LVM-vården



**Therese Reitan & Linda Weding**

**Institutionsvård i fokus** ges ut av Statens institutionsstyrelse, SiS. Serien omfattar såväl sammanställningar, statistik, redovisningar och utvärderingar som forskningspublikationer. Forskningsrapporterna har en särskild markering på framsidan, en författarpresentation samt uppgifter om finansieringsförfarandet och den vetenskapliga granskningen.

Rapporterna som inte är forskningsrapporter produceras och bereds i regel inom avdelningen för utveckling av vård och behandling. Även företrädare för verksamheten och externa sakkunniga kan vara delaktiga i framtagningen av rapporter, antingen som medförfattare eller granskare.

Beslut om publicering fattas av ett redaktionsråd som består av företrädare från SiS avdelning för utveckling av vård och behandling samt informationsenheten.

Ansvarig utgivare för Institutionsvård i fokus är generaldirektör Kent Ehliasson.

ISBN 978-91-87053-10-8

Gravida missbrukare inom LVM-vården

Therese Reitan & Linda Weding

Nummer 9 år 2012 i rapportserien Institutionsvård i fokus

Publikationerna finns att beställa eller ladda ner från SiS webbplats.  
[www.stat-inst.se](http://www.stat-inst.se)

**Engelsk titel:**  
Institutional Care in Focus

**Publikationsseriens adress:**  
Statens institutionsstyrelse  
Box 16363  
103 26 Stockholm  
[www.stat-inst.se](http://www.stat-inst.se)

# Gravida missbrukare inom LVM-vården

**Therese Reitan & Linda Weding**

# Sammanfattning

Våren 2009 lade regeringen fram ett förslag om en ändring i lagen om vård av missbrukare i vissa fall som skulle innebära en möjlighet att omhänderta gravida kvinnor med ett fortgående och allvarligt missbruk *av hänsyn till fostret*. Regeringen har inte gått vidare med förslaget, men under hösten 2009 inleddes inom SiS en studie av kvinnor som varit gravida eller förmodats vara gravida i samband med placering inom LVM-vården under perioden 2000–2009. Syftet var att kartlägga och beskriva såväl kvinnorna och omständigheterna kring deras graviditeter som utfallet av graviditeterna. Därutöver var syftet att kartlägga om, och eventuellt hur, socialnämnder och domstolar beaktar graviditeten i samband med beslutet om att tvångsvårda kvinnan.

Genom granskning av ett antal myndighetsinterna källor hittades totalt 150 graviditeter och 8 förmodade graviditeter. I rapporten redovisas resultaten från denna granskning. Här framgår bland annat att det fötts 94 barn av kvinnor som varit gravida i samband med placering i LVM-vården. Jämfört med befolkningen som helhet har barnen lägre genomsnittlig födelsevikt, fler föds prematurt och något fler föds med kejsarsnitt. I drygt en fjärdedel av fallen gjorde kvinnan abort. De flesta kvinnor var gravida redan vid inskrivningen i LVM-vården men ungefär 15 procent blev gravida under placeringen, oftast i samband med avvikning.

Granskningen av socialnämndens underlag och länsrättens beslut och domar visade att graviditeten beaktas på olika sätt i samband med omhändertagandet. Det är inte ovanligt att socialnämnden hänvisar till att kvinnans psykiska hälsa kan komma att bli allvarligt lidande om hon genom att missbruka under graviditeten bidrar till att påföra barnet oåterkalleliga skador. Länsrätten beaktar och förstärker ibland hänsynstagandet till graviditeten. Ibland konstateras denna utan vidare värdering – och ibland avvisar rätten att graviditet är ett giltigt argument. Det finns även exempel på att socialnämnden avskriver ett ärende när kvinnan gjort abort eller skriver ut kvinnan när hon fött barnet – och syftet med vården därmed är uppfyllt.

Flera utredningar har visat att det finns en grundläggande konflikt mellan hänsyn till kvinnans autonomi och hänsyn till barnets hälsa och framtid. Trots att initiativ tagits för att reglera denna konflikt, är det i praktiken socialnämnden och rätten som löser konflikten. Detta gör de genom att lyfta fram den i ljuset och tydligt beakta graviditeten eller genom att hitta andra legitima argument för ett omhändertagande.

# Förord

Under 2009 inleddes ett utvecklingsprojekt inom Statens institutionsstyrelse, SiS, för att identifiera och kartlägga kvinnor som varit gravida i anslutning till inskrivning vid ett LVM-hem under det senaste decenniet. Utgångspunkten för projektet var främst den uppmärksamhet gravida missbrukare hade fått i den politiska och vetenskapliga debatten – såväl i Sverige som i övriga nordiska länder. I Sverige kom detta bland annat till uttryck i regeringens förslag till en ändring i LVM-lagstiftningen som skulle möjliggöra tvångsomhändertagande av gravida missbrukare, av hänsyn till fostrets liv och hälsa – efter modell av den norska lagstiftningen på området (Socialdepartementet 2009). Förslaget realiserades inte och fokus kom i stället att riktas mot missbruks- och beroendevården i stort, i samband med den så kallade Missbruksutredningen. Ändå såg SiS, som huvudman för LVM-vården, ett behov av att få bättre kunskap om klienter inom LVM-vården som varit gravida. Även om alla LVM-hem för kvinnor tar emot gravida har det tidigare inte gjorts någon kartläggning av gravida inom LVM-vården som helhet.

Med Therese Reitan, forskningsledare vid SiS, som projektledare och Linda Weding, utredningssekreterare vid SiS FoU, som projektmedarbetare, inleddes studien hösten 2009. Den största delen av arbetet har utförts under 2010 och 2011. Olika myndighetsin-ternerna källor har använts för att identifiera och beskriva alla kvinnor som varit gravida eller förmodats vara gravida i anslutning till inskrivning på något av SiS LVM-hem under 00-talet. Totalt handlar det om 158 faktiska eller förmenta graviditeter som rör 148 kvinnor. Bland dessa har vi kunnat identifiera 150 faktiska graviditeter som omfattar 142 kvinnor.

Vi vill tacka alla de som hjälpt oss att ta fram material på de aktuella institutionerna och särskilt nämna Arne Axelsson på SiS LVM-hem Runnagården, Maggie Wennerth och Raoul Svensson på SiS LVM-hem Rebecka, Lars Aldén och Ingrid Olerud på SiS LVM-hem Ekebylund, Monica Elofsson och Gunnel Elf på SiS LVM-hem Fortunagården, Johan Billsten och Mikael Bogarve på SiS LVM-hem Lunden samt Gunilla Thunell och Martin Ejdebäck på SiS LVM-hem Renforsen. Vi vill även tacka Riksarkivet för god hjälp med framtagning av de akter som fanns där. På SiS huvudkontor har Sofie Mörner varit till stor hjälp med att ta fram statistik om LVM-vården och Anette Schierbeck har bistått med juridisk fackkunskap.

Men främst av allt skänker vi en tanke till de kvinnor som vi har "mött" under arbetet och hoppas att livet har farit väl fram med både dem och deras barn.

Stockholm, maj 2012  
Therese Reitan och Linda Weding

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	2
<b>Förord</b> .....	3
<b>1. Inledning</b> .....	10
1.1 Skyddet för det ofödda barnet – en återkommande fråga .....	12
Departementspromemorian 2009 – förslag om ett nytt kriterium i LVM.....	15
Skyddet för det ofödda barnet – en angelägenhet även på EU-nivå.....	16
Tidigare utredningar – sammanfattning och diskussion.....	17
1.2 Erfarenheterna från Norge.....	18
Ny hälso- och omsorgstjänstlag .....	19
1.3 Andra nordiska initiativ .....	20
1.4 Kvinnor inom LVM-vården .....	21
<b>2. Datakällor och tillvägagångssätt</b> .....	26
2.1 DOK-intervjuer .....	26
2.2 SiS klient- och institutionsadministrativa system, KIA.....	27
2.3 Klientjournaler .....	27
2.4 Andra källor .....	28
2.5 Tillvägagångssätt .....	30
<b>3. Kvinnor som varit gravida i samband med placering inom LVM-vården</b> .....	32
3.1 Ålder.....	33
3.2 Missbruk.....	33
3.3 Försörjning och boendeform .....	36
3.4 Partnerrelation.....	38
3.5 Minderåriga barn .....	40
3.6 Fysisk och psykisk hälsa .....	42
Psykisk hälsa.....	43
3.7 Tidigare vård .....	44
3.8 Aktörer som är inblandade i LVM-anmälan.....	45
Anmälningar från familj, polis, vården och andra .....	45
Läkarnas roll .....	46
3.9 Graviditetsstatus vid inskrivning.....	47

3.10 Omständigheter under graviditeten.....	49
Substitutionsbehandling/läkemedelsassisterad behandling .....	49
Återfall under LVM.....	50
<b>4. Vad blev det? Utfall av graviditeterna .....</b>	<b>52</b>
4.1 Översikt.....	52
4.2 Barnen som fötts .....	54
Könsfördelning .....	54
Tillstånd vid födelsen.....	54
Vårdsituation vid förlossningen .....	57
Vad hände efter förlossningen? .....	58
Vårdtid, antal LVM och återinskrivning i LVM-vården.....	60
Mödrarnas sociala situation .....	61
Några beskrivningar av förlossningsförlopp och tiden efter förlossningen.....	62
4.3 Abort eller missfall.....	64
Missfall .....	66
4.4 Kvinnor som blivit gravida under placeringen .....	66
När under vårdtiden blev kvinnan gravid?.....	67
Gravid under avvikning .....	68
Gravid under vård i öppnare former .....	69
<b>5. Socialnämndens och länsrättens hantering av gravida missbrukare .....</b>	<b>70</b>
5.1 Graviditetens relevans och betydelse – de viktigaste argumenten... 72	72
Ett tecken på missbrukets dignitet .....	72
Faran för fostrets hälsa och barnets framtida situation .....	72
Graviditeten äventyrar kvinnans hälsa .....	74
Kvinnorna anför graviditeten som argument .....	75
5.2 Socialnämndens och rättens hantering av ärendena .....	75
Länsrätten beaktar eller förstärker graviditetsargumentet.....	75
Graviditeten refereras men tonas ned i länsrätten .....	81
Graviditeten konstateras utan tydligt ställningstagande.....	81
Kammarrättens bedömning.....	83
Syftet med vården uppnått .....	85

5.3 Ärenden som avskrivs, upphävs eller där socialnämnden väljer att inte gå vidare .....	90
Ärenden avskrivs i samband med abort.....	90
Socialnämnden går inte vidare med ansökan om vård .....	90
Rätten upphäver beslut om omedelbart omhändertagande eller bifaller inte ansökan om vård.....	91
Sammanfattning av avskrivna och upphävda fall .....	96
5.4 Falskt larm – förmodade graviditeter .....	96
Ej gravid vid inskrivning men kvinnan bereds vård enligt LVM .....	97
Socialnämnden går inte vidare med ansökan om vård .....	99
Omhändertagandet upphävs .....	100
Sammanfattning av förmodade graviditeter .....	101
När ingen misstänker graviditet .....	102
<b>6. Sammanfattning och diskussion</b> .....	103
Socialnämndens och länsrättens hantering av gravida missbrukare.....	106
<b>7. Referenser</b> .....	109
<b>Bilaga</b> .....	116
Centrala begrepp och lagrum .....	116



# Lista över tabeller

<b>Tabell 1a.</b> Kvinnor i LVM-vården, 2000, 2005, 2009 .....	22
<b>Tabell 1b.</b> Kvinnor i LVM-vården 2000–2009 efter lagrum vid inskrivningen.....	22
<b>Tabell 2.</b> Översikt över materialet efter graviditetsstatus och graviditetsförlopp.....	32
<b>Tabell 3.</b> Typ av missbruk – kombination av droger. Jämförelse mellan LVM-vården och Borgestadkliniken. ....	34
<b>Tabell 4.</b> Droger som används av kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården. ....	34
<b>Tabell 5.</b> Huvuddrog bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården. ....	35
<b>Tabell 6.</b> Injektionsmissbruk bland kvinnor som varit gravida i samband med placering inom LVM-vården. ....	36
<b>Tabell 7.</b> Försörjningskällor bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården. ....	37
<b>Tabell 8a.</b> Boendeform bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården. ....	37
<b>Tabell 8b.</b> Boendeform senaste 30 dagarna enligt DOK bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården.....	38
<b>Tabell 9.</b> Partnerrelation bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården. ....	39
<b>Tabell 10.</b> Missbruk hos partner bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården. ....	39
<b>Tabell 11a.</b> Antal minderåriga barn sedan tidigare bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården. ....	40

<b>Tabell 11b.</b> Åldersfördelning på minderåriga barn sedan tidigare bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården. ....	41
<b>Tabell 12.</b> Omhändertagna <sup>a</sup> barn sedan tidigare bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården. ....	41
<b>Tabell 13.</b> Rökning bland kvinnor som varit gravida i samband med placering inom LVM-vården. ....	43
<b>Tabell 14.</b> Tidigare vård inom SiS bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården. ....	44
<b>Tabell 15.</b> Antal tidigare vårdtillfällen inom SiS. ....	45
<b>Tabell 16a.</b> Gravitetetslängd vid <i>inskrivning</i> i LVM-vården. ....	47
<b>Tabell 16b.</b> Gravitetetslängd vid <i>intagning</i> i LVM-vården. ....	48
<b>Tabell 17.</b> Gravid vid inskrivning utifrån om graviditeten var känd av socialtjänsten. ....	48
<b>Tabell 18.</b> Återfall under graviditet i samband med vistelsen i LVM-vården. ....	51
<b>Tabell 19.</b> Utfall av graviditeterna. ....	53
<b>Tabell 20.</b> Antal minderåriga barn sedan tidigare bland kvinnor som varit gravida i samband med placering inom LVM-vården. ....	54
<b>Tabell 21.</b> Könsfördelning bland barn som fötts av kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vårderna. ....	54
<b>Tabell 22a.</b> Födelsevikt hos barn födda av kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vård samt vissa jämförelsedata. ....	55
<b>Tabell 22b.</b> Apgar-poäng hos barn födda av kvinnor som vårdats i LVM-vården. ....	56
<b>Tabell 23.</b> Vårdsituation vid förlossningen.....	57
<b>Tabell 24.</b> Förlossningssätt. ....	57

<b>Tabell 25.</b> Omhändertagande av barnet i samband med förlossningen.....	58
<b>Tabell 26.</b> Vad kvinnorna som fick barn under placeringen skrevs ut till. ....	59
<b>Tabell 27.</b> Vårdtid och vårdhändelser för kvinnor som fick barn efter om de var inskrivna i LVM-vården vid förlossningen eller utskrivna innan förlossningen. ....	60
<b>Tabell 28.</b> Sociala förhållanden hos kvinnorna som fick barn i samband med placering inom LVM-vården. ....	61
<b>Tabell 29.</b> Graviditetsvecka då aborten görs. ....	65
<b>Tabell 30.</b> Vårdstatus då kvinnan gör abort.....	65
<b>Tabell 31.</b> Vårdsituation då kvinnan blivit gravid. ....	67
<b>Tabell 32.</b> Omnämmande av graviditeten i socialnämndens underlag eller i länsrättsbeslut eller -domar rörande kvinnor som var gravida vid inskrivning.....	71

# 1. Inledning

Varje år omhändertas drygt 1 000 personer enligt lagen (1988: 870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Av dessa är ungefär en tredjedel kvinnor. Den nuvarande lagen började gälla 1 januari 1989 och innebär att en person kan vårdas utan eget samtycke om personen bedöms ha ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, om personen är i behov av vård för att komma bort från sitt missbruk samt om vårdbehovet inte kan uppfyllas på frivillig väg. Därutöver ska ett eller flera av följande krav vara uppfyllt/uppfyllda: att personen utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara (hälsoindikation), att personen löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv (social indikation) eller att personen kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående (våldsindikation). Lagen är ett komplement till socialtjänstlagen och det är socialnämnden som ansöker om LVM-vård hos förvaltningsrätten (tidigare länsrätten<sup>1</sup>). En person kan vårdas i maximalt sex månader enligt LVM. Statens institutionsstyrelse, SiS, är huvudman för LVM-vården och det finns i dag elva LVM-hem runt om i landet varav sex tar emot kvinnor.

Ett foster eller ofött barn<sup>2</sup> omfattas inte av närståendeskyddet i LVM. Det är endast födda, levande personer som kan ingå i den definitionen. En gravid kvinna som missbrukar kan således inte omhändertas enligt LVM enbart *av hänsyn till fostrets liv och hälsa*. Förutsättningen för ett omhändertagande är att kvinnans missbruk är så omfattande och allvarligt att hennes liv och hälsa hotas. Våren 2009 lade regeringen fram ett förslag om att ändra LVM på denna punkt. Förslaget var att lägga till ett fjärde kriterium i lagen som skulle möjliggöra vård utan samtycke för en gravid kvinna där *fostrets* utveckling hotas av kvinnans missbruk (Ds 2009:19). Förslaget var starkt inspirerat av § 6-2a i den norska Lov om sosiale tjenester som medger vård utan samtycke om en kvinnas användning av narkotika eller alkohol innebär stor sannolikhet för att *barnet* föds med skador.

Regeringens förslag möttes av stark kritik och skepsis bland remissinstanserna och argumenten var i stort sett desamma som framkommit när liknande förslag tidigare varit på tal: att det i praktiken inte går att avgöra var gränsen går mellan "ofarlig" och "farlig" drogkonsumtion för fostrets del, att kvinnor som fortsätter att missbruka (utan att gränsen för missbruk specificeras närmare) troligen är så illa därän i sitt beroende

---

<sup>1</sup> Med undantag av generella beskrivningar av domstol och förvaltning använder vi begreppet "länsrätt" eftersom studien gäller perioden innan 23 länsrätter i februari 2010 slogs ihop till 12 förvaltningsrätter. Se även bilagorna 1 och 2 för definitioner och förklaringar kring lagen och lagprocessen.

<sup>2</sup> Vi använder både "foster" och "ofött barn" eftersom båda begreppen förekommer i olika utredningar och dokument som redovisas i rapporten. Vi är samtidigt väl medvetna om att begreppen ger olika associationer och gärna används avsiktligt för att förstärka ett visst synsätt, vilket läsaren bör ha i åtanke.

eller sin psykiska sjukdom att de sannolikt uppfyller kriterierna för ett tvångsomhändertagande ändå samt att ett sådant förslag skulle kunna innebära att kvinnor undanhöll sig till exempel mödravården. Förslaget bereds fortfarande i Regeringskansliet, men det är inget som i skrivande stund tyder på att regeringen tänker gå vidare med ett konkret förslag om en lagändring. Det beror delvis på de invändningar som framförts men även på att Missbruksutredningen (SOU 2011:35) föreslagit genomgripande förändringar av hela missbruks- och beroendevården. Ett av de runt 70 förslagen i utredningen är att LVM ska upphöra och uppgå i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Innan den frågan eventuellt har avklarats är det osannolikt att det sker någon förändring i LVM. Under 2012 har regeringen inte aviserat några propositioner på grundval av Missbruksutredningens förslag<sup>3</sup>.

Trots att det i dag inte finns stöd i lagen för att med tvång omhänderta en missbrukande gravid kvinna *av hänsyn till fostrets liv och hälsa*, är det ett faktum att det finns gravida kvinnor inom LVM-vården. Det kan vara kvinnor som omhändertas där graviditeten upptäcks när kvinnan tas in för vård. Det händer också att kvinnor blir gravida under själva placeringen, främst i samband med en avvikning eller permission, eller medan de vårdas i öppnare former utanför LVM-hemmet. Men det kan också handla om kvinnor där graviditeten är känd och kan ha haft betydelse i samband med omhändertagandet. Det betyder att vi oavsett eventuella lagändringar behöver veta mer om de kvinnor som omhändertas enligt LVM och som samtidigt är gravida. Vi behöver veta hur många de är, hur deras sociala situation och missbruk ser ut, hur socialtjänst och förvaltningsrätt eventuellt tar hänsyn till graviditeten, hur en graviditet påverkar en kvinnas fortsatta liv och rehabilitering samt hur vården kan påverkas och förbättras för dessa kvinnor och deras barn.

Under 2009 inledde forskningsledare Therese Reitan en första kartläggning av gruppen på basis av DOK-data (se kapitel 2). Med Reitan som projektledare knöts 2010 utredningssekreterare Linda Weding till ett utvecklingsprojekt med syfte att för första gången göra en totalundersökning av kvinnor som varit gravida eller förmodats vara gravida i samband med placering inom LVM-vården under ett helt decennium. Projektet avslutas i och med publiceringen av denna rapport. En kort beskrivning av problemområdet, projektet och några resultat ges även i ett kapitel i en antologi från Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, SoRAD, vid Stockholms universitet (Reitan 2012).

I det följande ska vi beskriva kort hur frågan om gravida missbrukare varit föremål för politiska diskussioner och utredningar under de senaste årtiondena. I nästa kapitel beskriver vi vilka källor och vilket material vi använt i studien och hur vi gått till väga. I kapitel 3 presenterar vi resultaten av studien och avslutar rapporten i kapitel 6 med en sammanfattning och diskussion.

---

<sup>3</sup> Se Statsrådsberedningens sammanställning av propositioner som avses lämnas under 2011–2012, [www.regeringskansliet.se](http://www.regeringskansliet.se).

## 1.1 Skyddet för det ofödda barnet – en återkommande fråga

I Sverige har frågan om missbruk och graviditet debatterats och utretts i flera olika sammanhang över åren. I Jan Persellis avhandling från 1998 redovisas ett antal motioner, utredningar, betänkanden och liknande där frågan har dryftats sedan början av 1980-talet. Därutöver har frågan aktualiserats i helt andra sammanhang, till exempel i samband med arbetsmiljö, i betänkandet om statistik beträffande spontana missfall samt i betänkandet om vissa arbetsmiljöfrågor. År 1980 anordnade dessutom Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik ett symposium under rubriken "Vem svarar för den ofödde?". Samma år publicerade Socialstyrelsen skriften *Missbruk och graviditet* och Socialberedningen presenterade 1981 sitt delbetänkande *Åtgärder mot missbruk under graviditet*. I delbetänkandet syns tydligt dilemmat man i princip sedan dess har brottats med. Å ena sidan påpekas att risken för skada på "närstående" eller "annan" i detta sammanhang ska förstås som en annan person och inte foster. Med andra ord kan det ofödda barnets behov av skydd bara tillgodoses genom LVM om kvinnan själv behöver vård för sitt missbruk. Å andra sidan argumenterar man också för att tvång i vissa fall kan vara nödvändigt för att skydda fostret.

Redan i samband med att den första lagen om vård av missbrukare tillkom 1981/82, anförde Socialutskottet att lagen borde kunna tillämpas i de få fall där man inte genom frivilliga insatser kan hjälpa kvinnor som har missbruks- eller beroendeproblem och som är gravida. I utskottets resonemang är det tre saker som är väsentliga i sammanhanget. För det första anser utskottet att det knappast går att motivera ett omhändertagande av en gravid kvinna utifrån hänsynen till närstående. Närståendeskyddet gäller i första hand situationer då en missbrukare utövar hot eller våld mot sin omgivning, med andra ord huvudsakligen straffbara beteenden (våldsindikationen). För det andra påpekar utskottet att det faktum att en gravid kvinna "vägrar dra ned en alltför omfattande alkoholkonsumtion eller upphöra med ett bruk av narkotika" kan anses vara ett tecken på missbrukets allvar och därmed vara en viktig pusselbit i bedömningen av hennes eget vårdbehov. Eller som utskottet skriver: "Att trots erhållen fullständig information om de risker för barnet som en omfattande alkoholkonsumtion innebär inte bry sig om konsekvenserna av ett fortsatt missbruk är knappast ett normalt beteende hos en gravid kvinna. Om inte hennes vägran att medverka kan tillskrivas annan psykisk störning är det rimligt att anta att den beror på att missbruket och drogberoendet tagit en så allvarlig vändning att hon är i trängande behov av vård för att komma ifrån detta" (Socialutskottet 1981/82:22, sidan 16 f). Detta påpekande har senare återkommit i olika sammanhang och anförts även i LVM-domar. För det tredje gör utskottet en koppling mellan missbruk under graviditet och hälsoindikationen som handlar om risken för att en person genom sitt fortgående missbruk utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara. Kvinnans psykiska hälsa riskerar då att skadas genom att hon eventuellt påför barnet skador: "Utskottet vill dessutom framhålla att det ofta måste anses föreligga en fara för att kvinnans egen psykiska hälsa kan skadas om hon

genom att inte kunna hejda sitt missbruk själv blir orsak till att hennes barn föds med allvarliga och oåterkalleliga skador” (sidan 17). Även detta anförs, som vi ska se, i samtida LVM-domar. Sammantaget kan vi se att utskottet egentligen aldrig förespråkar användning av LVM av hänsyn till det ofödda barnet. Det man säger är att missbruk under graviditet troligen är ett tecken på hur stort vårdbehov *kvinnan* har, och missbruk under graviditet är också något som äventyrar *kvinnans* psykiska hälsa i och med att hon kan komma att skada sitt barn. Men utgångspunkten för att frågan över huvud taget lyfts fram är egentligen hänsynen till barnet.

I inledningen till utskottets resonemang kring missbruk under graviditet hänvisas till den oro som riksdagsmotioner och Socialberedningen uttryckt för det väntade barnets hälsa och att allt fler barn kan komma att födas med allvarliga handikapp till följd av ett ökande missbruk av alkohol (sidan 15). Eftersom de aktuella lagarna utgår från *kvinnans* vårdbehov samt att det inte är klarlagt var gränsen går mellan farlig och ofarlig konsumtion när det gäller fosterskador, så landar man alltså i att betona att detta är ett tecken på allvarligt missbruk som dessutom kan påverka kvinnans (psykiska) hälsa negativt.

Frågan om missbruk under graviditet belystes också i *Utredningen om det ofödda barnet* (som först gick under namnet *Inseminationsutredningen*). I delbetänkandet *Skydd för det väntade barnet* (SOU 1987:11) övervägdes behovet av ett ökat skydd för fostret. Av flera olika skäl valde man att inte föreslå en möjlighet till tvångsingripande mot en gravid kvinna för att skydda det ofödda barnet. En anledning var att det saknades kunskap om hur mycket alkohol eller narkotika som krävs för att det ska föreligga en påtaglig skaderisk för fostret. Rättssäkerheten skulle därmed kunna bli lidande. Dessutom kunde ett sådant förslag innebära att gravida missbrukare höll sig borta från mödrahälsovården av rädsla för ett eventuellt tvångsingripande. Slutbetänkandet från utredningen – *Den gravida kvinnan och fostret – två individer. Om fosterdiagnostik. Om sena aborter* (SOU 1989:51) – signalerade ett starkare fokus på fostret. Men någon lösning presenterades inte. Man kunde bara slå fast att det var önskvärt att skydda fostret mot moderns drogmissbruk men att det inte var möjligt att skydda fostret mot kvinnans önskan om abort (Perselli 1998).

Den officiella synen på fostrets status var, enligt Perselli, avvaktande. Kunskapen om och oron över FAS<sup>4</sup> ökade samtidigt som man var mån om kvinnans rätt till självbestämmande över sin kropp och sin reproduktion. När LVM reviderades 1988 ändrades inte lagtexten särskilt mycket sedan lagen först tillkom 1982. I förarbetena till den nya LVM-lagen (proposition 1987/88:147) togs frågan om gravida missbrukare upp igen men det aviserades ingen ny politik på området. Eftersom *Utredningen om det ofödda barnet* nyligen hade lämnats och var under beredning i Regeringskansliet, var inte regeringen redo att ta ställning i frågan. De hänvisade i stället till tidigare utredningar och påpekade att förutsättningarna för tvångsingripanden av hänsyn till fostret inte var klarlagda samt att dessa skulle kunna skapa rättsosäkerhet. Dessutom hänvisades

---

<sup>4</sup> Fetalt alkoholsyndrom (FAS) är den medicinska diagnosen på barn som skadats av alkohol under graviditeten. Fetala alkoholeffekter (FAE) är ett vidare begrepp som beskriver liknande tillstånd utan att barnet uppfyller alla kriterier för FAS.

till oron för att en sådan ordning skulle kunna medföra att kvinnorna undanhöll sig till exempel mödravård. "[Den föredragande] vill dock erinra om att det vid ett mera omfattande missbruk under graviditet är möjligt att tillämpa LVM om indikationerna för vård enligt lagen är uppfyllda och om att mina förslag i övrigt bl.a. innebär en viss vidgning av dessa indikationer" (sidan 52).

Några år senare lämnade den så kallade *LVM-utredningen* sitt betänkande (SOU 2004:3). Även här togs frågan om gravida missbrukare upp. Enligt utredningen kan det bara vara tal om en mycket liten grupp kvinnor som inte inser de negativa effekterna av missbruket för det väntade barnet. Dessutom ansåg man att de flesta troligen uppfyller villkoren för tvångsvård ändå. Utredningen konstaterade också att det inte hade tillkommit någon väsentlig ny kunskap om eventuella tröskelvärden sedan *Utredningen om det ofödda barnet* (se ovan). Och även här lyftes farhågorna om att en sådan ordning skulle medföra att kvinnorna undanhöll sig kontakt med mödrahälsovården.

År 2007 avrapporterade Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag rörande gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem. Rapporten innehåller också ett särskilt stycke om LVM och graviditet som bygger på ett urval om cirka 30 LVM-domar gällande gravida kvinnor under perioden 2004–2006. Genomgången visar att i de flesta mål är det enbart kvinnans egen situation som beaktas, det vill säga att hon utsätter sin hälsa för allvarlig fara, riskerar att förstöra sitt liv eller befaras skada sig själv eller någon närstående. Men i en handfull mål beaktas också fostrets hälsa på olika sätt och Socialutskottets uttalande från 1981/82 anförs i två mål.

Samma år, 2007, publicerade Socialstyrelsen för första gången *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården*, som riktade sig till såväl hälso- och sjukvården som till den sociala vården. Det mest intressanta i detta sammanhang är att riktlinjerna innehöll ett eget kapitel om gravida kvinnor. Frågan om det går att definiera specifika riskgränser för alkoholkonsumtion men även narkotikaanvändning under graviditeten har ju, som vi har sett, varit en återkommande fråga i tidigare debatter och utredningar. Enligt riktlinjerna ger den vetenskapliga litteraturen stöd för att alkoholintag under graviditet har skadliga effekter på fostret samt att det inte finns någon bevisad *ofarlig* kvantitet för fostret under graviditeten (vår kursivering). När det gäller konkreta interventioner eller behandling är råden att gravida kvinnor med missbruksproblem bör erbjudas olika typer av socialt stöd, och att partnern måste involveras eftersom dennes alkohol- och narkotikavanor sannolikt har ett avgörande inflytande på kvinnans vanor. En annan känslig fråga i sammanhanget är läkemedelsassisterad behandling under graviditet. Här pekar man endast på betydelsen av att väga behandlingens effektivitet mot eventuella risker för fostret. Dessutom finns ett visst stöd för att subutex kan ge mindre biverkningar hos det nyfödda barnet jämfört med metadon, men evidensen är svag på grund av få studier (Socialstyrelsen 2007b)<sup>5</sup>. Riktlinjerna revideras för närvarande och en preliminär ny version beräknas vara klar under hösten 2013.

---

<sup>5</sup> Våren 2011 presenterade den norska motsvarigheten till Socialstyrelsen – Helsedirektoratet – riktlinjer för läkemedelsassisterad behandling och frågan om hur rekommendationen bör utformas för gravida missbrukare var mycket omdebatterad. Se kapitel 3.



I vårt sammanhang kan det dock vara minst lika intressant att uppmärksamma en annan skrivning i kapitlet om gravida kvinnor i de nationella riktlinjerna: "utgångspunkten måste [...] vara att det är både fostret och det blivande barnet som i första hand ska skyddas. I den svenska alkohol- och narkotikapolitiken har en viktig hörnsten varit att skydda dem som indirekt drabbas av negativa effekter av alkohol- eller narkotikamissbruk [...]. Det gäller våld, rattfylleri och annan kriminalitet men också effekterna på det blivande barnet av missbruk eller beroende hos den gravida kvinnan. Det ofödda barnet har ingen som kan tala för sig. Att uppmärksamma denna problematik är ytterligare ett skäl till att ge området ett eget kapitel" (sidan 171).

Enligt vår mening går Socialstyrelsen med denna skrivning ganska långt i riktning mot att inkludera ett ofött barn i LVM:s "närståendeskydd", det vill säga att man riskerar skada sig själv eller någon närstående. Motiveringen för att det finns ett särskilt kapitel om gravida i riktlinjerna är dels att biologiska förändringar gör att gränserna mellan riskbruk och missbruk förskjuts under graviditet och att test eller behandlingsmetoder därför inte utan vidare är applicerbara på gravida. Dels ges en mer politisk-ideologisk motivering, nämligen att det finns en tradition att beakta även indirekta konsekvenser av alkohol- och narkotikabruk och att skydda fostret, som inte har någon som kan föra dess talan. "Missbruk eller beroende hos modern är en stor belastning för fostret, och därför är det viktigt att rehabilitera den blivande modern" (sidan 171). Skrivningen innebär inte att rehabilitering kan/ska/bör ske utan samtycke, men den signalerar att fostret har ett särskilt skyddsbehov som samhället och vården bör (ska?) beakta.

### Departementspromemorian 2009 – förslag om ett nytt kriterium i LVM

Våren 2009 lade alltså regeringen fram ett förslag om en ändrad LVM-lagstiftning och våren 2011 lämnades Missbruksutredningens slutbetänkande (SOU 2011:35) där såväl riskbruk som missbruk hos gravida tas upp. I avsnittet *Skyddet för det ofödda barnet* poängteras återigen att det är svårt att ange generella gränsvärden för fostrets känslighet för skador. Det generella rådet om total avhållsamhet från rusmedel under graviditeten kan i praktiken inte användas som en grund för vård utan samtycke om en kvinna inte följer rådet. Även risken för att kvinnorna skulle undvika kontakt med vården och sociala myndigheter påtalas, såsom i tidigare utredningar. För ett fåtal kvinnor kan det hända att de, "trots vetskapen om alla goda skäl för att avstå potentiellt fosterskadande substanser" (sidan 314), ändå inte klarar att leva så att graviditeten kan genomföras på ett säkert sätt. "I dessa fall av missbruk eller beroende, vanligen i kombination med annan psykisk störning, kan det utifrån den individuella prövning som LPT förutsätter föreligga en indikation för vård utan samtycke" (s 314). Utredaren anser också att närståendeskyddet enligt LPT<sup>6</sup> kan påverka prövningen av tvångsvård enligt LPT i enskilda fall, något som "[redan torde] gälla med dagens tillämpning av lagstiftningen" (sidan 314). Med andra ord – i de få fall där detta är ett problem, är kvinnan förmodligen så vårdbehövande att psykiatrisk tvångsvård troligen är aktuell och att man i prak-

<sup>6</sup> Det är oklart vad utredaren egentligen avser här. Något närståendeskydd finns egentligen inte i LPT utan bara en generell skrivning om fara för andra.

tiken tar hänsyn till närstående, födda som ofödda. Att utredningen inte nämner LVM i sammanhanget hänger samman med utredningens förslag om att LVM ska upphöra och att all vård utan samtycke i fortsättningen ska ske enligt LPT.

### Skyddet för det ofödda barnet – en angelägenhet även på EU-nivå

Sedan 1995 är Sverige medlem i Europeiska unionen. Trots att social- och folkhälsofrågor i grunden är nationella angelägenheter kan man skönja vissa rörelser på området de senare åren. Synen på alkohol har exempelvis förändrats från att enbart vara en lantbruks- eller handelsfråga till att mer och mer definieras som en social och folkhälsofråga (Cisneros Örnberg 2009, 2012). Än så länge handlar EU:s initiativ om så kallat soft governance. Det vill säga: man tar fram rekommendationer, stöddokument, anordnar konferenser, stödjer forskning och liknande – utanför lagstiftningens, direktivens och domstolens domän. Ofta handlar det om att hitta den minsta gemensamma nämnaren, det som "alla" kan enas om och sedan utgå från detta. Ett exempel på sådan mjuk styrning är en EU-strategi som antogs 2006 med syfte att minska alkoholrelaterade skador. Här pekas fem prioriterade områden ut: att skydda barn, unga och ofödda barn; att minska antalet skador och dödsfall i samband med alkoholrelaterade trafikolyckor; att förhindra alkoholrelaterade skador bland vuxna och alkoholens negativa effekter i arbetslivet; att informera och öka medvetenheten om riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion och om goda alkoholvanor; samt att utveckla, stödja och förvalta en gemensam kunskapsbas rörande alkoholens påverkan och betydelse (Europeiska kommissionen 2006).

Dokumentet är illustrativt i den meningen att det omfattar teman och frågor som är relativt okontroversiella, åtminstone vid en första anblick. Frågan om barn, unga och det ofödda barnet kommer allra först på den listan. Ett konkret delmål anges också här, nämligen att minska fostrets exponering för alkohol under graviditeten och därigenom antalet barn som föds med fetala alkoholeffekter, (FAE). I strategidokumentet finns emellertid ingen ytterligare diskussion om detta, trots att kunskapen om sambandet mellan alkoholkonsumtion under graviditeten och förekomst av FAE fortfarande är ganska skör (Leppo & Hecksher 2011).

Vägen mellan Bryssel och Rosenbad är lättare att följa. Våren 2011 antogs nämligen regeringens förslag till en samlad strategi på ANDT-området (alkohol, narkotika, dopning, tobak) i riksdagen. Ett av de långsiktiga målen är att "Barn ska skyddas mot skadliga effekter orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak". För att uppnå detta har tre prioriterade mål angivits, varav det första är att färre barn ska födas med skador orsakade av alkohol, narkotika, dopning eller tobak. Ambitionen är alltså densamma på europeisk och svensk nivå. Strategin fokuserar på det stora flertalet kvinnor som har en måttlig användning av alkohol, narkotika eller tobak eller eventuellt ett riskbruk<sup>7</sup>. När det gäller kvinnor med "ett etablerat och långvarigt" missbruk understryks behovet av tät uppföljning inom mödrahälsovården och kvalificerat stöd och behandling.

<sup>7</sup> Den svenska narkotikapolitiken bygger på premisen att all användning av icke-förskrivna narkotiska preparat är illegal och skadlig (Olsson med flera 2011), men i detta sammanhang handlar det om bruk, riskbruk och missbruk utifrån ett screening- och diagnosklassificeringsperspektiv.

I övrigt inväntade man den kommande Missbruksutredningens hantering av frågan. När Missbruksutredningens betänkande lämnades någon månad senare fanns emellertid inga förslag om särskilda åtgärder för denna grupp.

### Tidigare utredningar – sammanfattning och diskussion

Vi kan konstatera att gravida kvinnor som använder alkohol eller narkotika, oavsett om vi kallar det bruk eller missbruk, upplevs som ett problem. Under årens lopp har ett antal utredningar och politiska initiativ visat att man gärna vill stävja eller komma åt förhållandet, men man har inte kunnat hitta verktygen eller medlen som skulle kunna åstadkomma detta på ett rättssäkert sätt. Att frågan verkar vara så svårlöst och samtidigt så prekär är intressant i sig. I grunden finns en generell etisk komplikation kring frågan om vård utan samtycke, tvångsvård. Är det acceptabelt att vårda någon mot dennes vilja, på grund av att han/hon utsätter sin hälsa för allvarlig fara eller riskerar att förstöra sitt liv? Är det acceptabelt att vårda någon mot dennes vilja utan att veta om vården faktiskt hjälper? Är det acceptabelt att tvångsvårda en vuxen människa som missbrukar, utan att ha glasklara kriterier för var gränsen mellan bruk och missbruk går? Utöver dessa allmänna besvärligheter vet vi till exempel att det finns betydande skillnader i hur man ser på kvinnors och mäns användning av alkohol och andra droger, både i samhället i stort och inom vården (Hilte 2005, Mattsson 2005). Eftersom kvinnors missbruk förstås och bedöms på ett annat sätt än mäns missbruk, finns det en risk att kvinnor inte får tillgång till vård i samma omfattning eller av samma kvalitet som män – eller å andra sidan att tröskeln för till exempel ett tvångsomhändertagande kan vara lägre för kvinnor jämfört med män (Storbjörk 2010). Om missbrukaren både är kvinna och gravid blir det hela än svårare. Då ska man dels ta ställning till missbrukets omfattning och "farlighet", dels bedöma problem och åtgärder så könsneutralt som möjligt. Dessutom gäller det att ta hänsyn till en tredje part som samtidigt inte är ett eget rättssubjekt. I grunden handlar frågan om tvångsvård av gravida kvinnor av hänsyn till fostret om hur man väger olika intressen mot varandra (Søvig 2011). Det blir en konflikt mellan kvinnans oförmåga (eller ovilja) att upphöra med sitt missbruk och samhällets omsorg om barnet som väntas (Perselli 1998). Till detta ska fogas att kunskapen kring fostrets utveckling samt hur substansers och moderns livsföring påverkar fostret på kort och lång sikt har ökat de senare åren, även om det är mycket svårt att reda ut hur stor påverkan enskilda faktorer har. Det gäller såväl kunskapen om alkoholens och andra drogers påverkan (Hellemans 2010) som andra förhållanden, till exempel fattigdom, svält eller trauman (Maric 2010, Schreier 2011). I mötet med den missbrukande gravida kvinnan utmanas hänsynen till individers självbestämmande, kvinnans rätt att bestämma över sin egen kropp och fortplantning samt hänsynen till fostret (barnet) vars livschanser definitivt påverkas av kvinnans livsföring under (och efter) graviditeten.

## 1.2 Erfarenheterna från Norge

År 1993 fick Norge en ny socialtjänstlag, Lov om sosiale tjenester (LOST), som även reglerar tvångsvård. I socialtjänstlagens sjätte kapitel anges villkoren för vård utan samtycke för personer som har ett fortgående missbruk (§ 6-2) och även villkoren för så kallad "frivilligt" tvång (§ 6-3), vilket innebär att klienten samtycker till kvarhållning i vård. År 1996 kompletterades lagen med § 6-2a som innebär att gravida missbrukare kan vårdas utan samtycke om det är högst sannolikt att *barnet* kommer att födas med skador till följd av kvinnans missbruk<sup>8</sup>. Omhändertagandet sker alltså av hänsyn till fostrets liv och hälsa – oberoende av skaderisken för kvinnan. I valet mellan fostrets hälsa och moderns autonomi har man tydligen valt att prioritera fostret (Söderström & Skolbekken 2012). Enligt § 6-2a kan den gravida kvinnan kvarhållas under hela den återstående delen av graviditeten.

Nästan 20 år efter att den nya socialtjänstlagen kom till publicerades en utvärdering av hur tvångsparagraferna använts under dessa år (Lundeberg med flera 2010). Utvärderingen omfattade omhändertagandeprocessen, socialarbetarnas inställning till tvång, regionala skillnader och könsskillnader i tvångsanvändning, beskrivningar av vilka som vårdas utan samtycke, fallstudier av hur vården och eftervården organiseras samt klienternas upplevelser av omhändertagandet och vårdtiden.

Rapporten visar att tvångsvård generellt oftare används för kvinnor än för män, vilket är anmärkningsvärt med tanke på att missbrukets utbredning är betydligt högre bland män jämfört med bland kvinnor. En möjlig förklaring är att det finns en underliggande offerkonstruktion som gör att sjukvården, polisen, anhöriga eller andra kanske är mer benägna att anmäla missbrukande kvinnor till socialtjänsten. Det finns en större uppmärksamhet och vilja att få kvinnor ut ur prostitution och att skydda dem mot våld och övergrepp i missbruksmiljöerna. Snedvridningen kan också påverkas av att missbrukande män oftare återfinns inom kriminalvården och så att säga redan är omhändertagna (Lundeberg med flera 2010, sidan 11 f).

Trots att antalet personer med tungt missbruk är högt, är tvångsomhändertaganden relativt sällsynta i Norge. Enkäter och intervjuer med socialarbetare antyder att det delvis hänger ihop med lagstiftningens stränga villkor för användning av tvång, relativt få anmälningar till socialtjänsten, kapacitets- och kvalitetsproblem i vården samt socialtjänstens syn på tvång och självbestämmande. Användningen av vård utan samtycke (§§ 6-2, 6-2a) har emellertid ökat över tid, troligen till följd av att missbrukarna blivit allt mer problemtungda med ökad grad av samsjuklighet (missbruk och psykiatrisk sjukdom). Även organisatoriska och kunskapsmässiga förhållanden inom socialtjänsten tycks ha spelat en viss roll; sannolikheten att socialtjänsten öppnar ett tvångsärendet ökar om det finns anställda som är specialiserade på tvångsärenden. Påtryckningar

---

<sup>8</sup> Vård utan samtycke generellt och gentemot gravida kräver att det finns ett pågående missbruk hos klienten. Missbruk av *vad* framgår dock inte i själva lagtexten förutom att benämningen "rusmiddelmissbrukere" används i rubriken till kapitel 6 ("Særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere") och "rusmiddelmissbruker" används i § 6-2a. I förarbetena beskrivs emellertid rusmedel som ett gemensamt begrepp för alkohol, narkotika och andra rusframkallande medel (Søvig 2007).

från anhöriga framhålls också som en viktig faktor. Anhörigpress spelar emellertid en större roll för generella tvångsomhändertaganden jämfört med omhändertaganden av gravida (Lundeberg med flera 2010, sidan 77).

Gravida som vårdas enligt § 6-2a har i första hand ett narkotikamissbruk eller blandmissbruk. Utvärderarna menar att alkoholens relativa frånvaro, både i generella tvångsärenden och bland gravida, är påfallande – inte minst med tanke på den numera omfattande kunskapen om alkoholens skadeverkningar på fostret. De intervjuade socialarbetarna hänvisar till att alkoholen har större kulturell acceptans och att hälso- och sjukvårdspersonal ofta undviker att uppmärksamma patientens alkoholvanor. Socialtjänsten mottar jämförelsevis få anmälningar om alkoholmissbruk och uppmärksamheten förskjuts således mot narkotikamissbruk. Det saknas också i högre grad adekvata behandlingsplatser för tunga alkoholmissbrukare, vilket också minskar benägenheten att omhänderta klienter med alkohol som primärdrog.

Genomsnittsåldern för de gravida kvinnor som ingick i utvärderingen av den norska tvångslagstiftningen var 28 år. Utvärderingen visade ett tydligt samband mellan ålder och primärdrog(er) där narkotika dominerar bland de yngre klienterna och inslaget av alkohol ökar med åldern. Trots att lagen funnits sedan 1996 och trots en förmodad större rutin när det gäller omhändertagande av gravida, hade alla gravida som ingick i studien omhändertagits akut. Vården varierade också mellan regionerna. I vissa regioner finns det särskilda enheter/avdelningar som tar emot gravida (exempelvis Borgestadklinikken), medan andra vårdas på blandade avdelningar.

Intressant från vårt perspektiv är att hänsyn till den gravidas egna psykiska hälsa har en avgörande betydelse för huruvida det blir ett tvångsärende, trots att kvinnans eventuella ohälsa inte direkt omfattas av den aktuella lagparagrafen (Lundeberg med flera 2010, sidan 251). I samband med förarbetena och debatten kring införandet av § 6-2a fanns farhågor om att gravida missbrukare skulle undanhålla sig mödravård och annan vård om de riskerade att tvångsomhändertas – ett argument vi också känner igen från de utredningar som presenterats ovan. Det visade sig att i drygt 40 procent av de fall som ingick i den norska utvärderingen var det kvinnan själv som först tagit kontakt med socialtjänsten (Lundeberg med flera 2010, sidan 93).

### Ny hälso- och omsorgstjänstlag

Från 1 januari 2012 har den tidigare socialtjänstlagen (Lov om sosiale tjenester) slagits ihop med Lov om helsetjenesten i kommunene till en gemensam hälso- och omsorgstjänstlag – Helse- og omsorgstjenesteloven. Lagen reglerar kommunernas ansvar för den delen av sjukvård och socialvård som inte ligger under landsting/region eller staten. De delar av lagen som numera reglerar tvångsomhändertaganden av missbrukare finns i kapitel 10 – "Tvangstiltak overfor rusmiddelavhengige". Möjligheten att omhänderta gravida missbrukare som tidigare reglerades av Lov om sosiale tjenester § 6-2a finns nu reglerad i Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3<sup>9</sup>. Lagändringen innebär inga

<sup>9</sup> Se bilagan för texten i sin helhet.

i sammanhanget betydelsefulla förändringar – den gamla ordalydelsen är i stort sett exakt densamma som tidigare<sup>10</sup>.

## 1.3 Andra nordiska initiativ

I Norge infördes § 6-2a, som öppnade för tvångsomhändertaganden av gravida av hänsyn till barnet, i socialtjänstlagen 1996. Lagändringen gav inga direkta avtryck i grannländernas lagstiftning eller politik, men som nämnts i inledningen fanns det en tydlig koppling till den norska modellen i den svenska regeringens förslag till ändring av LVM som presenterades 2009. I Finland har också frågan om eventuell tvångsvård av gravida dykt upp vid olika tillfällen under de senaste decennierna även om den finska Lagen om missbruksvård i grunden bygger på frivillighet, och tvångsvård på grund av missbruk är mycket ovanligt<sup>11</sup>. När den finska Barnskyddslagen skulle reformeras i slutet av 1980-talet uppstod exempelvis frågan om tvångsvård av gravida missbrukande kvinnor i den politiska debatten. Men lagen kom att förespråka frivilliga insatser generellt, och regeringen underströk i sin proposition betydelsen av att tillhandahålla frivilliga stöd- och vårdinsatser för gravida med missbruksproblem. Under 2007 tillsattes för första gången en särskild statlig arbetsgrupp för att utreda frågan om säkerställande av vård för gravida missbrukare. Att gruppen tillsattes och hur uppdraget formulerades (man ville bland annat ha konkreta förslag till eventuella lagändringar) återspeglade en tydlig prioritering av frågan i såväl regeringsförklaring som hos social- och hälsovårdsministern (Leppo 2009). Gruppen lämnade sin rapport 2009 och förespråkar där möjligheten till tvångsvård av gravida missbrukare om missbruket utgör ett allvarligt hot mot fostrets hälsa. Enligt förslaget skulle behovet av tvångsvård bedömas var 30:e dag och vårdtiden skulle då kunna förlängas fram till förlossningen (Leppo 2009). I skrivande stund har inget konkret lagändringsförslag eller liknande presenterats.

Danmark har en helt annan tradition när det gäller tvångsvård jämfört med framför allt Sverige och Norge, men även här började det "röra på sig" i frågan om tvångsvård av gravida missbrukare i slutet på 00-talet. Sedan 2007 är danska kommuner skyldiga att erbjuda frivillig tvångsvård till gravida narkotikamissbrukare som vägrar frivillig vård. Sedan 2008 gäller detta även alkoholmissbrukande gravida. Modellen påminner mest om norska socialtjänstlagens § 6-3 som innebär att en individ kan ingå avtal med institutionen om att kvarhålla honom/henne (i maximalt tre veckor) – så kallat frivilligt tvång. I Danmark får de gravida kvinnorna således välja om de vill skriva på ett kontrakt som innebär att de i ett senare skede kan tvångsvårdas om de hotar att avbryta den pågående vården. År 2009 öppnade följaktligen Danmarks första rikstäckande

<sup>10</sup> Personlig kommunikation från Karl Harald Søvig, april 2012.

<sup>11</sup> Den finska Lagen om missbruksvård (1986) bygger på frivillighet men öppnar för tvångsvård om missbruket är livshotande för individen själv eller om missbrukaren utgör en fara för andra. Vårdtiden är begränsad till fem dagar i förstnämnda fall och maximalt 30 dagar i det senare fallet. Tvångsvård enligt Lagen om missbruksvård tillämpas ytterst sällan i Finland och inte alls gentemot gravida kvinnor (Leppo 2009). I den mån missbrukare tvångsomhändertas sker det snarare med stöd i Mentalvårdslagen (Stenius 2008).

dygnsvårdsinrättning för gravida missbrukare med fem platser – i projektform med stöd från bland annat Sundhedsstyrelsen<sup>12</sup>. Samma år beställde Socialministeriet en systematisk kunskapsökning från Socialforskningsinstituttet om tvång i behandlingen av missbrukare, med fokus på gravida missbrukare. Kunskapsöversikten publicerades 2011 och fastslog, om man kan använda ett sådant uttryck, att "tvangsbehandling af misbrugere kan give positive resultater". Samtidigt påpekas det att ett positivt resultat beror på samspelet mellan många faktorer, såsom implementeringen av och kvaliteten på eftervården samt socialtjänstens stöd och uppföljning. Det har dock inte varit möjligt att peka på vilka faktorer som är nödvändiga för ett positivt resultat. Kunskapsöversikten pekar också på att tvångsvård kan innebära negativa resultat om nödvändiga faktorer saknas, såsom hög kvalitet i behandlingen (Deding 2011). Rapporten presenterades på Social- og integrationsministeriets webbplats med underrubriken "Socialminister Benedikte Kiær og sundhedsminister Bertel Haarder vil vurdere mulighederne for tvangstilbageholdelse af gravide misbrugere"<sup>13</sup>.

Inledningsvis framhåller departementet att missbruk under graviditet kan medföra allvarliga skador på det födda barnet. Departementet konstaterar att möjligheten som finns att kvarhålla missbrukare i vården nästan aldrig används, vare sig generellt eller när det gäller gravida. Socialministern och hälsoministern tillsatte så en departementsöverskridande arbetsgrupp som ska undersöka om det finns förutsättningar för att utforma en dansk modell för tvångsvård av gravida missbrukare. Arbetsgruppen förväntades komma med ett förslag i slutet på 2011 men den hann inte lämna något förslag innan Danmark fick en ny mitten-vänsterregering hösten 2011. Frågan bereds därför fortfarande i Regeringskansliet och den nya regeringen har ännu inte tagit ställning till hur man ska gå vidare<sup>14</sup>.

Kring 2008–2009 ser vi alltså att det finns rörelser i Sverige, Finland och Danmark som på olika sätt hänvisar till eller är inspirerade av den norska tvångslagstiftningen gentemot gravida<sup>15</sup>. Våren 2012 har det dock inte lämnats några konkreta lagförslag – frågan är fortfarande under beredning eller utredning.

## 1.4 Kvinnor inom LVM-vården

Årligen vårdas cirka 350 enskilda kvinnor inom SiS missbruksvård. De flesta vårdas utan samtycke enligt LVM men vissa placeras frivilligt enligt socialtjänstlagen, SoL. År 2009 gjordes 402 intagningar av kvinnor, varav 87 var frivilliga intagningar. Antalet enskilda kvinnor var 334 samma år (Statens institutionsstyrelse 2010). Antalet intagningar, antalet enskilda kvinnor och fördelningen mellan frivilliga intagningar och intagningar enligt LVM har varit ganska stabilt under 2000-talets första decennium. Det samma gäller kvinnornas medelålder som är 39–40 år. Se tabell 1a.

<sup>12</sup> Motsvarar i stort Socialstyrelsen.

<sup>13</sup> Se <http://www.sm.dk/Nyheder/Sider/Vis%20Nyhed.aspx?NewsItem=629> (läst 2012-02-03).

<sup>14</sup> E-post från Ina Vang Runager, Socialministeriet, februari 2012.

<sup>15</sup> Se även Søvig (2011) för ett nordiskt perspektiv på frågan om tvångsvård av gravida.



TABELL 1a.

Kvinnor i LVM-vården, 2000, 2005, 2009

	2000	2005	2009
Antal platser för kvinnor	107 a	107	115b
Antal enskilda kvinnor som togs in	356	364	334
Antal intagningar, frivillig vård, kvinnor	104*	107*	87
Antal intagningar enligt LVM, kvinnor	292*	327*	315
Medelålder, kvinnor	39	39	40

<sup>a</sup> Antal platser enbart avsedda för kvinnor. Därutöver 19 platser avsedda för både kvinnor och män.

<sup>b</sup> Antal platser enbart avsedda för kvinnor. Därutöver 21 platser avsedda för både kvinnor och män.

Källor: SiS årsredovisningar, verksamhetsplaner samt KIA (\*).

TABELL 1b.

Kvinnor i LVM-vården 2000–2009 efter lagrum vid inskrivningen.

	Totalt	Lagrum vid inskrivning	
		LVM (varav 4 §)	SoL/övrig
Antal inskrivningar	4 206	3 253 (730)	953
Antal enskilda inskrivna kvinnor	2 517	2 317	200
Antal intagningar	4 109	3 158 (706)	951
Antal enskilda intagna kvinnor	2 468	2 268	200

Källa: KIA.

Förutom genom de nedslag som visas i tabell 1a, presenteras omfattningen av LVM-vården för kvinnor under vår undersökningsperiod i tabell 1b. Det är den senare tabellen som visar basen för vår kartläggning: Totalt skedde 4 206 inskrivningar (ärenden) av 2 517 enskilda kvinnor i SiS LVM-vård under perioden 2000–2009. Flertalet kvinnor skrevs alltså in flera gånger. I 60 procent av ärendena skrevs kvinnan in enligt 13 § LVM (ett akut omhändertagande) och i 23 procent av fallen skrevs kvinnan in enligt SoL eller annat lagrum<sup>16</sup>. De flesta omedelbara omhändertaganden övergick sedan till vård enligt 4 § LVM, men endast i 17 procent av fallen skrevs kvinnan in enligt 4 § LVM. Antalet *intagningar* under samma period var något lägre – 4 109 – men fördelningen mellan omedelbara och planerade omhändertaganden var densamma som ovan. Antalet enskilda kvinnor som togs in var 2 468.

Män och kvinnor vårdas på skilda LVM-hem, eller på skilda avdelningar vid samma institution. Så har det också varit under hela den aktuella perioden. I dag finns sex LVM-hem som tar emot kvinnor: SiS LVM-hem Runnagården i Örebro (Runnagården), SiS LVM-hem Fortunagården i Värnamo (Fortuna), SiS LVM-hem Rebecka på Ekerö (Rebecka), SiS LVM-hem Ekebylund/Östfora, avdelning Ekebylund i Sigtuna (Ekeby-

<sup>16</sup> I något enstaka fall har kvinnan haft kontraktsvård enligt kriminalvårdslagens 34 § eller skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan enligt brottsbalkens 28 kapitel 6a.



lund), SiS LVM-hem Renforsen i Vindeln (Renforsen) och SiS LVM-hem Lunden i Lund (Lunden)<sup>17</sup>.

Kvinnoinstitutionerna riktar sig till något olika målgrupper, främst beroende på ålder, typ av missbruk och förekomst av samsjuklighet med missbruk och psykiatrisk sjukdom. Alla de nämnda LVM-hemmen har haft ett antal gravida klienter under den aktuella perioden. Hur vanligt förekommande detta är beror dels på målgrupp (Lunden och Rebecka har exempelvis en yngre målgrupp), dels på institutionens storlek (Runnagården har exempelvis 40 platser jämfört med 8 platser på Renforsens kvinnliga avdelningar).

Lunden har sedan ett antal år tillbaka haft ett nära samarbete med barnmorskor, familjebehandlingsenheter, mamma-barnhem och liknande, och tagit fram särskilda arbetsmetoder och rutiner (Robertson 2005). Rebecka och Ekebylund har ett etablerat samarbete med Familjesociala enheten på Karolinska sjukhuset (tidigare Huddinge sjukhus) (Körlöf 2004). Flera institutioner har eller har haft barnmorskor anställda. Under 2011 tog SiS fram en processkarta som stöd i arbetet med gravida på LVM-hemmen.

Det finns ett antal studier av kvinnor och kvinnors villkor inom LVM-vården där graviditet eller föräldraskap ofta ingår som ett mer eller mindre explicit tema (Christophs 2002; Ekendahl 2001; Fridell med flera 2009; Gerdner 2005; Hajighasemi 2008; Jansson 2010; Jonsson & Fridell 2005; Knudsdotter & Wihlborg 2002; Kurube 2004; Körlöf 2004; Laanemets & Kristiansen 2008; Mattsson 2005; Nordvall & Thalén 1997; Skärner & Regné 2003; Svensson 2001). När det gäller kvinnor och missbruk generellt har Trulsson (1998) beskrivit hur graviditet och föräldraskap innebär både möjligheter och hinder för missbrukande kvinnor. Barnen är en motivationsfaktor och kan förstärka tillgången till stöd från omgivningen. Men graviditet och föräldraskap innebär också nya påfrestningar, krav och kontroll från myndigheter och omgivningen – och kanske *brist* på stöd. Hotet om att förlora vårdnaden om barnen är ett återkommande tema i studier av kvinnor inom LVM-vården. En av intervjupersonerna i Christophs (2002) studie berättar till exempel om hur graviditeten bidrog till att hon var drogfri i ett och ett halvt år. Sedan åkte barnets fader i fängelse och hon började missbruka igen, vilket slutade i att barnet omhändertogs. I samtalen med gravida som vårdas på Lunden får Svensson (2001) intryck av att kvinnorna "på det hela taget accepterar själva omhändertagandet för det väntade barnets skull" (sidan 58). Kvinnorna är också inställda på att försöka bli drogfria för att kunna behålla sitt barn. I Kurubes (2004) studie av LVM-klienters livshistorier återkommer skulden och sorgen hos framför allt kvinnorna över relationen till och med barnen.

Frågan om graviditet och föräldraskap är också aktuell inom SiS ungdomsvård (se till exempel Pettersson, 2009; Trulsson, 2008; Ulmanen & Andersson, 2006) även om ungdomsvården inte ingår i vår kartläggning.

---

<sup>17</sup> Renforsen har både manliga och kvinnliga avdelningar samt akutplatser som är avsedda för både kvinnor och män. I dag finns en manlig och en kvinnlig avdelning på Lunden men så var inte fallet under undersökningsperioden. SiS LVM-hem Östfora/Ekebylund är en administrativ sammanslagning av två institutioner, varav Ekebylund vårdar kvinnor. De övriga institutionerna tar enbart emot kvinnor.

Nordvall & Thalén (1997) gjorde en sammanställning av gravida missbrukare som vistats vid Lundens LVM-hem under perioden 1992–1997, delvis innan SiS bildades. Mellan december 1992 och april 1997 hade 17 gravida varit placerade på institutionen. Rapporten innehåller en kort beskrivning av varje fall, med fokus på kvinnans ålder, när i graviditeten hon skrevs in, missbrukssituation, samarbete med socialtjänst samt mödravård och andra insatser under graviditeten. Dessutom redovisas om barnen omhändertogs och hur situationen såg ut för kvinnorna efter ett år.

När sammanställningen gjordes hade 12 kvinnor vårdsnaden om sina barn, både juridiskt och faktiskt. Av kvinnorna var 11 drogfria, de övriga var inne i ett aktivt missbruk eller så var frågan inte klarlagd. Enligt författarna har så många blivit drogfria på grund av att de fått ta del av massiva behandlingsinsatser. Några av kvinnorna har haft ett eller flera återfall men har relativt snabbt återkommit i behandling. Barnen har då tagits omhand av till exempel familjehem eller stannat kvar på den institution de vistats på. Återfallen har då inte blivit så långa och kvinnorna har kunnat återuppta behandlingen och föräldransvaret.

Tidigare studier har på olika sätt berört frågan om graviditet och föräldraskap för kvinnor inom LVM-vården, men vår studie är ensam om att fokusera specifikt på gravida inom *hela* LVM-vården. Vi har också valt att tona ned de enskilda institutionerna i vår redovisning. Ibland vårdas dessutom kvinnorna på flera institutioner under samma placering. Genom att utelämna uppgifter om region, institution eller årtal (i exemplen är årtalen fingerade) försvåras möjligheten till identifiering. Fokus är på LVM-vården som helhet, den praxis som utvecklats i socialtjänst och domstol, och inte på enskilda institutioners erfarenheter eller vårdinnehåll.

En första kartläggning av gravida kvinnor inom hela LVM-vården gjordes med hjälp av uppgifter från SiS inskrivningsintervjuer, DOK<sup>18</sup>, från perioden 2001–2008. På basis av intervjuformulärets fråga om kvinnan är gravid identifierades totalt 81 unika graviditeter (79 enskilda kvinnor). En beskrivning av gruppen samt en jämförelse mellan de gravida kvinnorna och andra LVM-klienter på grundval av DOK-data finns i Reitan (2011).

Sammanställningen visade att de gravida som dokumenterats genom DOK nästan uteslutande vårdades utan samtycke. I åldersgruppen 18–29 år och bland alla kvinnor var dock andelen som vårdades frivilligt 16–20 procent. Genomsnittsåldern bland de gravida var naturligt nog lägre än för kvinnorna i stort. När det gäller typ av missbruk var de gravidas situation mest jämförbar med situationen för de yngre LVM-klienterna. I andra avseenden, till exempel när det gäller boende, var de gravidas situation mest lik den för kvinnliga LVM-klienter i stort. De gravidas situation skilde sig främst från jämförelsegrupperna i följande avseenden: andelen som var samlevande med partner var klart högre bland de gravida, andelen som hade omhändertagna barn eller hade förlorat vårdsnaden om något barn var högre bland de gravida, andelen som tidigare hade fått (frivillig) vård för sina drogproblem var lägre bland de gravida, och de gravida hade i mindre omfattning problem med sin fysiska och psykiska hälsa.

---

<sup>18</sup> Närmare beskrivning i kapitel 2.

På grund av bortfall och att inskrivningsintervjun inte fångar upp kvinnor som antingen inte vet att de är gravida när de intervjuas eller som blir gravida under placeringen, ville vi gå vidare och göra en så fullständig kartläggning som möjligt av kvinnor som varit gravida vid något tillfälle i anslutning till placering inom LVM-vården, under hela 00-talet. Vi ville också studera kvinnor som *förmodats* vara gravida, främst med tanke på att detta kan ha påverkat omhändertagandebeslutet. Hur vi gått till väga beskrivs i kapitel 2.

## 2. Datakällor och tillvägagångssätt

För att kunna identifiera kvinnor som varit eller förmodats vara gravida i anslutning till inskrivning i LVM-vården under perioden 2000–2009 har vi använt olika källor. Det finns inget enskilt datasystem där kvinnors graviditetsstatus systematiskt registreras inom hela myndigheten. En stor del av denna studie har därför bestått av manuella sökningar för att kartlägga kvinnorna som ingår i studiens målgrupp och att sammanföra information om den aktuella graviditeten och placeringen i de fall kvinnan flyttats mellan flera institutioner.

I detta kapitel beskriver vi studiens datakällor, deras respektive förtjänster och brister samt vårt tillvägagångssätt. Alla datakällorna, med ett undantag, är SiS egna och vi har medvetet inte sökt information i allmänna informationskällor (folkbokföring, sökbara internetkällor eller liknande).

### 2.1 DOK-intervjuer

Klienter som placeras vid LVM-hem och som har eller förväntas ha en vårdtid på mer än två veckor erbjuds att göra en DOK-intervju i samband med inskrivningen. Intervjun består av cirka 90 frågor och används för att kartlägga klientens problematik inom ett antal livsområden som hälsa, utbildning och försörjning, relationer, kriminalitet, alkohol- och narkotikamissbruk. En viktig del av intervjun är dessutom att klarlägga hur klienten själv bedömer sitt hjälpbehov. Uppgifterna används sedan som underlag för behandlingsplanering, verksamhetsuppföljning och i viss mån till forskning. Vid utskrivning från institutionen erbjuds klienten också en liknande intervju, där fokus ligger på hur klienten ser på den hjälp han/hon har fått och om det har skett några förändringar inom de olika livsområdena under placeringen. I vissa fall görs även uppföljningsintervjuer efter sex månader (se till exempel Falk 2002; Hajjighasemi 2008; Petersson 2003)<sup>19</sup>.

DOK-systemet bygger i första hand på att personliga intervjuer genomförs med klienterna. Om detta inte är möjligt ska personalen i stället besvara ett urval frågor med hjälp av befintligt aktmaterial – en så kallad kort-DOK. Såväl inskrivnings- som utskrivningsformulären innehåller frågor om klienten (kvinnan) är gravid och innefattar i båda fallen ”kort-frågor” som ska ifyllas oavsett om man genomför en reguljär intervju eller inte. Vi har använt uppgifter från både inskrivnings- och utskrivnings-DOK. Täckningsgraden för inskrivnings-DOK varierar mellan åren, mellan institutionerna och mellan dokumentationsformerna (kort-DOK eller reguljär intervju). År 2002 och

<sup>19</sup> Se Armelius med flera (2010) och Statens institutionsstyrelse (2011) för mer information om DOK-systemet och DOK-formulärens innehåll och användning.

2008 saknades dokumentation rörande 15 respektive 13 procent av klienterna (Statens institutionsstyrelse 2004, 2009). Bland de som dokumenterats hade emellertid andelen personliga intervjuer ökat betydligt mellan dessa tidpunkter. En exakt beräkning av täckningsgraden för utskrivnings-DOK finns inte, men utifrån antalet inrapporterade intervjuer vet vi att den är betydligt lägre.

Förutom problemet med bortfall i DOK-systemet, kan inte intervjuerna alltid fånga in (förmodade) graviditeter. Det är till exempel inte säkert att kvinnan eller personalen känner till att kvinnan är gravid vid intervjutidpunkten och kvinnan kan också bli gravid under placeringen. Hon kan då ha svarat nej på frågan om graviditet på inskrivningsintervju och har kanske ett bortfall på utskrivningsintervjun. Alternativt har hon gjort både inskrivnings- och utskrivningsintervjuer men har blivit gravid och gjort abort däremellan. Det har också ibland visat sig att DOK-uppgifterna varit felaktiga: antingen falska negativa (kvinnan var gravid fast det inte framgick av DOK-data) eller falska positiva (kvinnan var inte gravid även om hon/personal trott det). Slutligen har det funnits exempel på rena felinmatningar – när uppgiften varit korrekt på pappersblanketten men har matats in felaktigt i databasen. Sammantaget har DOK-systemet varit en väsentlig källa för identifiering av målgruppen samt för inhämtning av uppgifter om missbruk, sociala förhållanden och så vidare. Men för vårt syfte har det varit nödvändigt att komplettera med andra datakällor.

## 2.2 SiS klient- och institutionsadministrativa system, KIA

SiS klient- och institutionsadministrativa system, KIA, är ett journalföringssystem där alla vårdhändelser inom SiS registreras – inskrivningar, överflyttningar, avvikningar, placeringar på olika avdelningar, användning av särskilda befogenheter med mera. Här finns även vissa uppgifter om klientens missbruk (placeringsorsak) och vad klienten skrivs ut till. I KIA förs också daganteckningar, vårdplaner, vårdtidssammanfattningar, kontrakt i samband med så kallade § 27-placeringar samt andra liknande dokument. Journalanteckningarna i KIA har varit helt centrala i vårt arbete med att reda ut frågor om när kvinnan blev gravid, om hon var utskriven när förlossningen ägde rum, om samma graviditet berörs av flera placeringar, om hon återkommit till SiS inom ett år, lagrum för placeringen och så vidare. Vi har också använt KIA för att fylla informationsluckor genom att utnyttja information från ett annat ärende. Det kan exempelvis handla om kvinnor som skrevs ut innan de fick barn. Om de sedan återkommit till SiS har vi kunnat ta hjälp av informationen i det ärendet för att reda ut vad som hände.

## 2.3 Klientjournaler

Vid varje institution förvaras olika klientjournaler i pappersform. Det rör sig dels om hälso- och sjukvårdsakter, dels om klientakter eller socialakter. När det gäller hälso- och sjukvårdsjournalerna så förs dessa av behörig sjukvårdspersonal och de innehåll-

ler uppgifter om provtagningar, medicinering, medicinska observationer och andra insatser samt eventuella kopior av journaler från andra vårdgivare. Ibland finns även sociala utredningar eller exempelvis länsrättsbeslut med i akten. Akterna har varit centrala i arbetet eftersom det oftast är här vi har hittat "basfakta" kring graviditeten, såsom graviditetslängd, komplikationer under graviditeten, förlossningsuppgifter och liknande. Vi har även haft stor användning av graviditetstester – när de gjorts och med vilket resultat. Uppgifterna har ibland varit avgörande, till exempel när det funnits oklart formulerade spekulationer om en graviditet i andra källor.

Tillförlitligheten i informationen bedömer vi som stor, bristerna ligger snarast i att informationsmängden ibland är liten. Hur innehållsrik och omfattande akten är hänger i första hand ihop med vårdtiden och vilka medicinska behov och sjukvårdsresurser som funnits på institutionen. Hälso- och sjukvårdspersonalen som för journalerna har också använt olika dokumentationsformer vilket gjort att samma information registrerats på olika sätt. Information från andra vårdgivare finns dessutom med i olika omfattning i akterna.

Klientakterna, eller de sociala akterna, finns också i pappersform på respektive institution. Akterna innehåller socialnämndens beslut om omhändertagande, socialtjänstens utredningar, länsrättens beslut och domar<sup>20</sup>, kopior av andra formella beslut som rör in- och utskrivning, begäran om polishandräckning samt beslut rörande särskilda befogenheter. Därutöver finns ofta psykologutlåtanden eller andra utredningar, ifyllda DOK-formulär och behandlingsplaner eller exempelvis kontrakt inför § 27-placeringar. Även kopior av utredningar eller utlåtanden som gjorts på andra vårdinrättningar eller från tidigare placeringar inom SiS förekommer.

Tillförlitligheten i aktmaterialet är i grunden god. Men samma problem finns här som för hälso- och sjukvårdsakterna, nämligen att innehållet ibland är ganska sparsamt, vanligen på grund av korta vistelser eller överflyttningar. Länsrättens dom finns nästan alltid i akten medan socialtjänstens utredning som låg till grund för ansökan om vård ibland saknas.

## 2.4 Andra källor

Uppföljningar av klienter som vårdats inom SiS görs med oregelbundna mellanrum. Antingen initierar enskilda institutioner uppföljningar av klienter eller så görs större satsningar i samband med olika projekt eller regeringsuppdrag. Ett exempel på det senare är *Ett kontrakt för livet* – ett regeringsuppdrag till SiS som syftade till att förstärka vårdkedjan och eftervården för LVM-klienterna. Satsningen pågick under åren 2005–2007<sup>21</sup> och utvärderades i en särskild rapport (Hajjghasemi 2008). Uppföljningar görs oftast med hjälp av uppföljningsformuläret inom ramen för DOK-systemet men även registeruppgifter har använts i olika sammanhang (Fridell med flera 2009, Larsson & Leiniö 2012). Några av kvinnorna som ingår i vårt material råkar också finnas med i den uppföljning som gjordes i samband med *Ett kontrakt för livet*, vilket gjort att

<sup>20</sup> När beslut eller dom saknades beställdes dessa från respektive länsrätt.

<sup>21</sup> Projektet förlängdes sedan till och med 2009.

vi har kunnat stämna av oklarheter eller använda information från uppföljningen på annat sätt.

Därutöver har vi använt ytterligare två källor som en extra kontroll och för att komplettera vissa uppgifter. Det gäller den myndighetsinterna resultatredovisningen där institutionerna rapporterar in ett antal uppgifter om verksamheten. Dessa sammanställs sedan på myndighetsnivå och används i exempelvis årsredovisningar. Sedan 2007 har institutionerna rapporterat in hur många gravida kvinnor som vårdats under året<sup>22</sup> och vi har stämt av vår kartläggning med resultatredovisningen – i första hand som en extra kontroll att vi inte förbisett någon. Vi har också haft stor nytta av ”det institutionella minnet”, dels för att försäkra oss om att vi har identifierat alla kvinnor som ingår i gruppen, dels för att fylla på med information om kvinnorna. I många fall framgår det inte hur det gick efter utskrivning, till exempel om kvinnan fick barn eller inte, och då har institutionerna ibland kunnat bidra med värdefull information.

Slutligen har vi använt uppgifter från Medicinska födelseregistret<sup>23</sup> vid Socialstyrelsen för att kartlägga antal barn som har fötts, könsfördelningen, födelsevikt, förllossningssätt, andel prematura förllossningar samt barnens Apgar-poäng<sup>24</sup>. Dessa uppgifter har vi fått på gruppnivå, ej på individnivå. Det betyder att vi till Socialstyrelsen har lämnat en lista på de kvinnor som vi med utgångspunkt i våra källor vet eller tror har fått barn i samband med placering inom LVM-vården. Tillbaka har vi fått uppgifter om nämnda variabler för gruppen *som helhet* – inte avseende enskilda individer eller enskilda förllossningar.

Alla datakällor har givetvis sina brister och felkällor. En stor del av vårt arbete har därför bestått av att i möjligaste mån kontrollera uppgifterna mot varandra. Vilken källa som är mest tillförlitlig beror också på vilken typ av uppgift det handlar om. Information om exempelvis lagrum, inskrivnings- och utskrivningsdatum, vårdtider och liknande finns både i KIA- och DOK-systemen, men här har vi enbart använt KIA-data eftersom det är KIA som är SiS journalföringssystem där *alla* klienter dokumenteras. KIA är emellertid inte lika användbart när det gäller typ av missbruk eller social situation. Här behöver man sammanföra data från klientakter, hälso- och sjukvårdsakter samt DOK för att få en god bild. I den mån det funnits diskrepanser mellan olika källor har vi diskuterat oss fram till en bedömning av vad som är rimligt. I några fall har det funnits hänvisningar till att klienten sagt att hon varit gravid eller fått missfall. Om vi då inte hittat någon annan verifiering eller kommentar kring detta i det samlade materialet, har vi inte inkluderat kvinnan i studien. Vi har med andra ord varit tvungna att bedöma olika källors trovärdighet vilket naturligtvis innebär att andra hade kunnat göra andra bedömningar. Oftast har det dock varit ganska oproblematiskt att kate-

<sup>22</sup> Uppgiften redovisades i SiS årsredovisning 2007 (Statens institutionsstyrelse 2008).

<sup>23</sup> För mer information, se <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/medicinskafodelseregistret>.

<sup>24</sup> En skala som används för att bedöma barnets tillstånd efter förllossningen. Under bedömningen tittar man på hjärtfrekvens, andning, muskelaktivitet, reflexer och hudfärg. Varje kategori bedöms med 0–2 poäng, som sedan summeras. Högsta möjliga Apgar-poäng är således 10. Apgar-värdena mäts vanligen efter 1 minut och sedan igen efter 5 minuter.

gorisera uppgifterna och värdera uppgifternas tillförlitlighet. Specifika problem eller utmaningar rörande enskilda variabler eller teman diskuteras under respektive avsnitt.

## 2.5 Tillvägagångssätt

Akter för åren 2000–2004 från Lunden respektive Fortunagården fanns arkiverade hos Riksarkivet i Arninge utanför Stockholm. Läsningen av hälso- och sjukvårdsakter samt klientakter påbörjades där i februari 2010. Bland akterna från år 2000 ingick några klienter som tagits in i slutet av år 1999. Enstaka fall av gravida kvinnor inskrivna år 1999 har därför inkluderats i urvalet<sup>25</sup>. Att vi på så sätt tänjt på undersökningsperioden bakåt i tid kompenseras sannolikt av den begränsade möjligheten att läsa akterna för samtliga klienter som skrevs in i slutet av undersökningsperioden: några av de kvinnor som skrevs in år 2009 vårdades fortfarande på LVM-hemmen när undersökningen startade år 2010.

Övriga akter lästes på plats på respektive institution under 2010 och under januari 2011. På Runnagården hade den ansvariga sjuksköterskan själv registrerat alla gravida under den aktuella perioden. Listan sammanföll väl med de fall vi själva hade hittat genom DOK-materialet och genom aktläsning vid andra institutioner (där det framgått om den gravida kvinnan även vistats på Runnagården). Därmed fanns det inte anledning att granska alla akter på samma sätt som på de övriga institutionerna<sup>26</sup>.

I princip samtliga Fortunagårdens, Lundens och Rebeckas hälso- och sjukvårdssamt klientakter lästes. Utifrån erfarenheten att eventuella graviditeter, inklusive förmodade graviditeter, alltid omnämndes i hälso- och sjukvårdsakten (men inte alltid i klientakten) togs beslutet att enbart läsa hälso- och sjukvårdsakterna på de återstående institutionerna Ekebylund och Renforsen. Visa av erfarenhet avgränsade vi samtidigt sökningen till kvinnor födda 1960 och senare, det vill säga kvinnor som år 2000 var 40 år eller yngre.

Eftersom de flesta akter lästes på institutionerna har vi även kunnat exploatera institutionspersonalens kännedom om klienterna – dels för att bekräfta eller avskrika de fall vi har hittat eller som det har funnits osäkerhet kring, dels för att låta personalen själva bidra med namn på gravida klienter. Under våren 2011 gjordes återkopplingar till alla institutionerna där personalen fick ta del av våra sammanställningar och reda ut oklarheter. De fick också komplettera med information om hur det har gått för kvinnorna efter att de skrevs ut.

En stor del av arbetet har alltså bestått av att *identifiera* kvinnorna som varit eller förmodats vara gravida i anslutning till placering inom SiS LVM-vård. Vi har letat efter alla hänvisningar till gravid, graviditet, väntar barn, missfall, abort. Alla graviditets-

<sup>25</sup> Detta rör fall som vi "snubblat över". Någon systematisk granskning av akter för kvinnor inskrivna i slutet av år 1999 har inte gjorts.

<sup>26</sup> Det är möjligt att vi har förbiset några fall på Runnagården, särskilt sådana där det endast har funnits ett *antagande* om graviditet, men resursåtgången hade varit orimlig i förhållande till de få fall vi troligen hade kunnat lägga till. Runnagården är SiS största kvinnoinstitution och har haft 1 159 inskrivna kvinnor under perioden 2000–2009.



antydningar har alltså varit intressanta, även om det visat sig att kvinnan inte varit gravid. Ibland har det varit svårt att avgöra – det kan finnas hänvisningar till att kvinnan fått missfall, kanske precis innan hon tagits in, och det går inte att avgöra om detta faktiskt stämmer. Men detta kan vara intressant om det kan ha påverkat socialtjänsten eller beredningen av ärendet. Vi har således inte sorterat bort fall där det visat sig att kvinnan inte var gravid, eller där hon fått missfall eller gjort abort. Vi har däremot exkluderat fall där det endast finns en antydning eller hänvisning som inte tas upp eller bekräftas av andra källor. En kvinna nämner exempelvis att hon under avvikning blivit gravid och gjort abort på ett sjukhus.

Materialet kodades av författarna och matades in som variabler i en SPSS-fil. Här sammanfördes data från vår kodning av det skriftliga materialet med kvantitativa uppgifter från KIA och DOK. Datafilen organiserades så att varje rad representerade en enskild graviditet, eller en förmodad graviditet. En kvinna kan exempelvis ha varit gravid vid två olika tillfällen och då räknas detta som två separata fall. Men om en kvinna har varit inskriven i LVM-vården vid två separata tillfällen under samma graviditet har vi sammanfört informationen och räknat detta som ett fall. Totalt består materialet av 158 graviditeter eller förmodade graviditeter som rör 148 enskilda kvinnor. Huvudfokus i vår rapport är på de totalt 150 graviditeter vi har identifierat<sup>27</sup> och som gäller 142 enskilda kvinnor.

Några fall kan ha missats, särskilt om kvinnan varit inskriven en kort tid eller inte ens togs in. Frågan om en eventuell graviditet kan således ha diskuterats i socialtjänstens utredning samt i länsrättens dom utan att det har nämnts i hälso- och sjukvårdsakten. Den osäkerheten är svår att komma åt eftersom vi endast använt SiS egna informationskällor. Alternativet hade då varit att undersöka alla anmälningar och utredningar som gjorts av (gravida) kvinnor innan de eventuellt aktualiseras hos SiS.

---

<sup>27</sup> Eller för att vara helt korrekt – de fall där kvinnan säkert eller med all sannolikhet varit gravid.

### 3. Kvinnor som varit gravida i samband med placering inom LVM-vården

Studiens huvudsakliga syfte är att identifiera och beskriva kvinnor som varit, eller antagits vara, gravida i samband med placering inom SiS LVM-vård. Det senare innebär att 8 kvinnor som ingår i materialet faktiskt inte varit gravida i samband med placeringen, men att de förmodats vara gravida och att detta därför kan ha spelat roll i beslutet om att omhänderta dem. I de resterande 150 fallen har kvinnan med största sannolikhet varit gravid vid något tillfälle under placeringen inom LVM-vården. En närmare beskrivning av gruppen finns i tabell 2:

**TABELL 2.**

Översikt över materialet efter graviditetsstatus och graviditetsförlopp.

<b>Antal graviditeter eller förmodade graviditeter</b>	<b>158</b>
Varav endast förmodade gravida	8
<b>Antal faktiska/sannolika graviditeter</b>	<b>150</b>
Varav enskilda kvinnor	142
Varav <i>inskrivna</i> enligt LVM (4 § och 13 §)	147
Varav <i>inskrivna</i> enligt SoL	3
Varav gravida/sannolikt gravida vid inskrivning	129
Varav blivit/sannolikt blivit gravida under placering	21
Varav resulterat i levandefött barn	93 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> I ett fall tvillingar; det vill säga antal barn som fötts är 94. Denna uppgift bygger på data från Medicinska födelseregistret.

I vårt material ingår totalt 158 fall där en kvinna (sannolikt) varit eller bara antagits vara gravid i anslutning till inskrivning i LVM-vården. I 8 fall har det endast varit fråga om en *förmodad* graviditet och dessa fall beskrivs närmare i kapitel 5. Fokus i vår rapport ligger dock på de 150 fall där kvinnan har varit eller sannolikt varit gravid i anslutning till placeringen. I det följande utgår vi alltså från de 150 graviditetsfallen om inte annat sägs. Dessa omfattar 142 enskilda kvinnor. I 8 fall är alltså samma kvinna gravid vid två olika tillfällen i samband med placering i LVM-vården. Därutöver har 2 kvinnor varit förmodat gravida en gång och faktiskt gravida en annan gång. Bland de 150 graviditetsfallen var andelen omedelbara omhändertaganden (enligt 13 § LVM) 77

procent, vilket precis motsvarar andelen bland kvinnorna i stort under perioden 2000–2009 (se tabell 1b). I övrigt skrevs kvinnorna in enligt 4 § LVM i 32 fall och enligt SoL i 3 fall. De flesta omedelbara omhändertaganden (98 av 115) övergick sedan till vård enligt 4 § LVM. I de resterande 17 fallen avskrevs eller upphävdes ärendet. En närmare granskning av dessa 17 fall finns i kapitel 4. Bland de som skrevs in enligt 4 § övergick placeringen till en frivillig placering enligt SoL i 4 fall. Sammantaget kom kvinnorna i 130 av 150 fall att vårdas enligt 4 § LVM<sup>28</sup>.

I det följande beskrivs gruppen med hänsyn till ålder, missbruk, social situation med mera. Redovisningen omfattar enbart de kvinnor som varit gravida<sup>29</sup> i samband med placering – totalt 150 fall. Vi jämför också resultaten med övriga LVM-klienter, med kvinnor som omhändertagits enligt norska socialtjänstlagens § 6-2a (se kapitel 1) eller med befolkningen i stort när detta är möjligt och relevant.

## 3.1 Ålder

Kvinnorna är i genomsnitt 28 år vid inskrivningstillfället, vilket är betydligt yngre jämfört med kvinnor inom hela LVM där medelåldern är runt 40 år (se kapitel 1). Spridningen i ålder är dock stor – den yngsta kvinnan är 18 år och den äldsta 45 vid inskrivningstidpunkten. I de 110 fallen där graviditeten var känd av socialtjänsten när kvinnan skrevs in var genomsnittsåldern 29 år. Som jämförelse kan nämnas att genomsnittsåldern bland kvinnorna som omhändertagits enligt § 6-2 a (tvångsvård av gravida) i Norge under perioden 1996–2008 (drygt 200 personer) var densamma – 28 år – men även här var spridningen relativt stor (Lundeberg med flera 2010) .

## 3.2 Missbruk

I DOK-intervjun finns ett antal frågor om klientens droganvändning – både typ av drog(er), intagningsätt och frekvens de senaste sex månaderna samt de senaste 30 dagarna innan intagningen. Om inte klienten själv besvarat frågorna har personal kunnat fylla i på basis av befintligt aktmaterial. Vi har givetvis utnyttjat DOK-materialet för att beskriva kvinnornas missbruk men även annat aktmaterial. Vi har lagt vikt vid socialtjänstens utredningar och hälso- och sjukvårdsakter med exempelvis resultat av drogtestar. Uppgifterna i KIA om placeringsorsak har vi fäst mindre vikt vid om det funnits diskrepans mellan källorna. Sammantaget finns det dock ett stort tolkningsutrymme. Det har ibland varit svårt att utröna vilken drog som är den primära (om någon) samt att väga historiska och aktuella uppgifter mot varandra. Ibland är det tillfälligheter som avgjort vilken drog som kodats som den primära, men det har varit mindre svårt att skilja mellan de som enbart använder alkohol (eventuellt i kombination med läkemedel) och de som använder narkotika i olika kombinationer.

<sup>28</sup> Bland *alla* kvinnor som skrevs in enligt 13 § LVM under perioden 2000–2009 övergick vården i 71 procent av fallen till 4 § LVM – jämfört med 86 procent i vår grupp.

<sup>29</sup> I det följande omnämns gruppen som de som var gravida i samband med placering även om det egentligen handlar om kvinnor som varit eller *sannolikt* varit gravida i samband med placering inom LVM-vården.

Enligt vår indelning missbrukar två tredjedelar av klienterna narkotika och läkemedel, alternativt i kombination med alkohol. Var femte klient missbrukar enbart narkotika, ofta används dock flera olika narkotiska preparat. Nio av tio gravida har någon form av blandmissbruk. Var tionde missbrukar enbart en drog, företrädesvis alkohol eller amfetamin.<sup>30</sup>

**TABELL 3.**

Typ av missbruk – kombination av droger. Jämförelse mellan LVM-vården och Borgestadkliniken.

Kombination av droger	LVM-vården		Borgestadkliniken	
	2000–2009		2006–2008	
	Antal gravida	Procent	Antal gravida	Procent
Enbart alkohol	8	5	5	11
Enbart narkotika	28	19	5	11
Alkohol och läkemedel	3	2	4	9
Alkohol och narkotika	12	8	5	11
Narkotika, läkemedel och eventuellt alkohol	99	66	26	58
Totalt	150	100	45	100

Om vi tittar närmare på enskilda preparat bland kvinnorna i vårt material, visar det sig att två av tre klienter missbrukar bensodiazepiner och nästan lika många använder amfetamin. Närmare hälften av klienterna använder heroin, fyra av tio missbrukar alkohol och var tredje klient missbrukar<sup>31</sup> hasch. Nästan sju av tio klienter använder minst tre olika slags droger. Tabell 4 visar vilka droger kvinnorna använder över huvud taget medan tabell 5 visar det som framstår som den dominerande drogen

**TABELL 4.**

Droger som används av kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården.

Typ av drog	Antal gravida	Procenta
Bensodiazepiner	102	68
Amfetamin	96	64
Opiater/heroin	67	45
Alkohol	58	39
Hasch	53	35
Totalt	150	

<sup>a</sup> Eftersom en individ kan ha använt mer än en drog uppgår den totala procenten till mer än 100.

<sup>30</sup> En kvinna missbrukar enbart hasch, vilket får anses ovanligt i LVM-sammanhang.

<sup>31</sup> Missbruk/användning/intag innefattar all användning av icke-förskrivna preparat eller alkohol i en sådan mängd att det ansetts utgöra en del av grunden för omhändertagandet.

Vid en jämförelse med materialet från Borgestadklinikken åren 2006–2008 (Grimstad & Kristiansen 2009) samt kartläggningen av alla kvinnor som omhändertagits enligt § 6-2a i Norge (tvångsvård av gravida) är bilden ungefär densamma. Att använda bara alkohol är relativt ovanligt (11 procent i Borgestadklinikken material, 5 procent i utvärderingen av alla gravida som omhändertagits enligt § 6-2a). Kombinationen alkohol och läkemedel är också ganska ovanlig. Blandmissbruk, med betydande inslag av narkotika eller icke-förskrivna läkemedel, är det klart dominerande. När det gäller typ av droger var opiater vanligast förekommande bland alla gravida som omhändertagits i Norge, följt av cannabis, amfetamin och bensodiazepiner (Lundeberg med flera 2010).

Hur ser missbruksmönstret ut i jämförelse med LVM-klienter i stort? Som tidigare nämnts är genomsnittsåldern bland de som varit gravida under placeringen lägre än bland kvinnorna och LVM-klienterna i stort. Det betyder att missbruket också ser annorlunda ut. Generellt är det så att ju högre upp i åldrarna kvinnorna är, desto mer dominerar alkohol som drog. I den yngre klientgruppen, det vill säga 18–29 år, är de vanligaste primär drogerna opiater och centralstimulantia (amfetamin). De yngre klienterna har också i större utsträckning använt flera preparat dagligen under den senaste månaden innan intagning, vilket tyder på att blandmissbruk är framträdande i den åldersgruppen (Statens institutionsstyrelse 2011). Som framgår av tabell 5 är opiater och amfetamin de vanligaste huvuddrogerna bland kvinnorna som varit gravida i samband med placering inom LVM-vården. Men alkoholen är vanligare som huvuddrog än förväntat. Bland 18–29-åringarna i LVM-vården i stort 2010, var andelen som hade alkohol som huvuddrog 10 procent och i den studie som gjordes på gravida i LVM-vården 2001–2008 (som endast baserar sig på DOK-data) var motsvarande andel 15 procent (Reitan 2011). Det betyder att när underlaget nu har breddats (i princip alla gravida inom LVM-vården under hela decenniet) och källmaterialet också har breddats (inte bara DOK utan aktmaterial) så är det drygt en av fem som har alkohol som huvuddrog.

Som nämnts används tvångsvård av gravida i Norge i mycket liten utsträckning när det gäller kvinnor med alkohol som dominerande drog. Analysen av DOK-data rörande gravida inom LVM-vården 2001–2008 visade samma sak. I vårt material är alkoholen något vanligare som huvuddrog, även om narkotikamissbruket är mest framträdande.

**TABELL 5.**

Huvuddrog bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården.

Huvuddrog	Antal gravida	Procent
Heroin	50	33
Amfetamin	46	31
Alkohol	35	23
Hasch	7	5
Bensodiazepiner	5	3
Övrigt	7	5
Totalt	150	100

I tabell 6 redovisas antal och andel av kvinnorna som varit gravida under placeringen som också har ett injektionsmissbruk. I sju av tio fall har kvinnan ett mer eller mindre aktuellt injektionsmissbruk när hon kommer till LVM-vården. I 16 procent av fallen framgår det inte om kvinnan injicerar, även om det finns ett dokumenterat missbruk av opiater och centralstimulerande preparat – alternativt så är frågan ej relevant eftersom hon till exempel enbart missbrukar alkohol. Bland de övriga 13 procenten framgår det att kvinnan *inte* har ett aktuellt injektionsmissbruk.

**TABELL 6.**

Injektionsmissbruk bland kvinnor som varit gravida i samband med placering inom LVM-vården.

Injektionsmissbruk	Antal gravida	Procent
Ja	106	71
Nej	20	13
Framgår ej/ej relevant	24	16
Totalt	150	100

Det är med andra ord mycket vanligt med injektionsmissbruk vilket följer av att opiater och centralstimulerande droger är så framträdande. Om vi jämför med DOK-data (från 2005) så är det 32 procent av kvinnorna och 58 procent av klienterna i åldrarna 18–29 år som "injicerar för närvarande" (Statens institutionsstyrelse 2006).

I de flesta fallen finns ett omfattande missbruk av flera droger vid placeringstillfället. Det händer dock att det uppstår frågor om hur aktuellt missbruket är, det vill säga om missbruket är *fortgående* i lagens mening. Vi återkommer till detta i kapitel 5, som handlar om socialtjänstens och rättens hantering av ärendena, men redan här ges ett exempel på att man från LVM-vårdens sida ifrågasatt problemtyngden hos kvinnan. I en sammanfattning av vårddagen framgår det att Emily<sup>32</sup> kanske inte har så stor erfarenhet av droger:

*När det gäller missbruket har vi inte upplevt det som det mest primära i Emilys problematik. Naturligtvis kan man inte bortse från det faktum att hon valde att missbruka under sin graviditet. [...] I våra kliniska observationer har det varit mycket tydligt att Emily är en novis i missbruks-sammanhang. Enligt henne själv har hon inte haft några problem med drogsug eller abstinens här och vi har heller inte sett några tecken på detta.*

### 3.3 Försörjning och boendeform

Hälften av kvinnorna (47 procent) försörjer sig enbart genom det vi kallat officiella källor. De flesta uppstår försörjningsstöd eller annat ekonomiskt bistånd såsom sjukpenning. Ett fåtal kvinnor har arbetsinkomster.

<sup>32</sup> Alla namn är fingerade.

Knappt hälften av klienterna (43 procent) försörjer sig genom både officiella och inofficiella källor, som prostitution eller kriminalitet i form av till exempel tillgreppsbrott. Några få klienter (4 procent) försörjer sig enbart på kriminell väg eller genom kriminalitet i kombination med prostitution. I några fall (6 procent) framgår det bara att kvinnan står utanför arbetsmarknaden men inte hur hon försörjer sig.

**TABELL 7.**

Försörjningskällor bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården.

Försörjningskällor	Antal gravida	Procent
Enbart officiella	71	47
Enbart inofficiella	6	4
Både och	64	43
Framgår ej	9	6
Totalt	150	100

DOK-systemet skiljer ut kriminalitet och prostitution som särskilda kategorier, men i vår kodning har vi bara använt begreppet "inofficiell" inkomst. Även här framgår det dock att det stora flertalet klienter har en eller annan form av ekonomiskt stöd från kommunen, Försäkringskassan eller liknande. Men det är också vanligt med inofficiella inkomster, främst från kriminalitet men även från prostitution. Drygt en fjärdedel av klienterna inom LVM-vården hade inkomster från kriminalitet enligt DOK-uppgifter från 2005. Inkomster från prostitution är ovanligt bland LVM-klienterna som helhet, åtminstone enligt rapporteringen i DOK, men bland kvinnliga klienter anger 6 respektive 10 procent att de haft sådana inkomster under de senaste sex månaderna innan intagning år 2005 och år 2010 (Statens institutionsstyrelse 2006, 2011).

**TABELL 8a.**

Boendeform bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården.

Boendeform	Antal gravida	Procent
Stadigt boende	67	45
Bostadslös	78	52
Framgår ej	5	3
Totalt	150	100

Hälften av klienterna är bostadslösa medan närmare hälften av klienterna (45 procent) har en stadig boendeform. I några fall framgår inte klientens aktuella boendesituation i aktmaterialet. Bland de klienter som har stadig boendeform har de flesta vanligen en egen bostad. Emellertid hotas några av dessa klienter av vräkning. Det förekommer att klienter sagt upp sin bostad i samband med LVM, då de anser att bostaden blir en för stor ekonomisk kostnad. Några av de bostadslösa kvinnorna har varit temporärt inneboende hos vänner eller bekanta, andra har bott i tält eller vistats på härbärgen.

De kvinnor som har en stadig boendeform försörjer sig i större utsträckning enbart genom officiella inkomstkällor än de bostadslösa kvinnorna. Bland de senare är det vanligast att inkomsterna är av både officiellt och inofficiellt slag (ej redovisat).

**TABELL 8b.**

Boendeform senaste 30 dagarna enligt DOK bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården.

Boendeform	Antal gravida	Procent
Egen bostad	37	44
Annat boende	10	12
Institution, familjevård etc	10	12
Föräldrar, släkt	9	11
Bostadslös	18	21
Totalt	84 <sup>a</sup>	100

<sup>a</sup> Det saknas DOK-uppgifter angående de övriga 66 graviditetsfallen.

Uppgifterna i tabell 8a är inte direkt jämförbara med uppgifterna från DOK-intervjuerna, eftersom vår definition av bostadslöshet är bredare (avsaknaden av ett stadigt boende) och bygger på ett annat underlag. Men vi har DOK-uppgifter om boende för 84 av kvinnorna i materialet, vilket redovisas i tabell 8b. Enligt dessa uppgifter hade 44 procent av kvinnorna som varit gravida under placeringen ett eget boende, medan 21 procent var bostadslösa 30 dagar innan intagningen. I det avseendet liknar fördelningen i gruppen gravida motsvarande fördelning bland LVM-klienterna totalt; år 2005 hade 53 procent av LVM-klienterna egen bostad medan 20 procent var bostadslösa (Statens institutionsstyrelse 2006).

### 3.4 Partnerrelation

Nästan samtliga kvinnor som varit gravida under placeringen (95 procent) har en partner. Ungefär hälften av dessa kvinnor lever ihop med sin partner medan två av fem inte är samlevande med partnern. I några fall framgår det bara att en partner finns med i bilden men inte om de bor tillsammans eller inte. Vi redovisar alla partnerrelationer oavsett om de är "officiella" eller inte, och kategorierna är således inte direkt jämförbara med de som används i DOK-intervjun. Men enligt DOK-uppgifter är ungefär 20 procent av LVM-klienterna samlevande (med eller utan barn): 13–14 procent av männen och kring 30 procent av kvinnorna (Statens institutionsstyrelse 2006, 2011). Att inte ha en partner eller att inte vara sammanboende hör till ovanligheterna i gruppen gravida kvinnor – tvärt emot det som gäller bland LVM-klienter i övrigt.



TABELL 9.

Partnerrelation bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården.

Partnerrelation	Antal gravida	Procent
Samlevande	63	42
Ej samlevande	58	39
Partner nämns, relation framgår ej	21	14
Ingen partner	8	5
Totalt	150	100

Bland de kvinnor som har en partner har två av tre (68 procent) en missbrukande partner medan var tionde kvinna har en partner som inte missbrukar. I nästan vart fjärde fall (23 procent) går det inte att utläsa av aktmaterialet huruvida partnern missbrukar eller inte.

TABELL 10.

Missbruk hos partner bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården.

Missbruk hos partner	Antal gravida	Procent
Ja	96	68
Nej	13	9
Framgår ej	33	23
Totalt	142 <sup>a</sup>	100

<sup>a</sup> Antal som hade partner.

Att ha en partner som också har eller har haft missbruksproblem är vanligt bland LVM-klienter, särskilt bland kvinnliga klienter. Enligt DOK-uppgifter var det kring 70 procent av kvinnorna i LVM-vården som hade en partner med missbruksproblem (Statens institutionsstyrelse 2006, 2011), vilket motsvarar omfattningen bland de gravida klienterna som ingår i vår studie. I Storbjörks (2010) studie av klienter från Stockholms län som vårdades enligt LVM (och som dokumenterats med DOK) åren 2001–2002 framgår det att tröskeln för att bli tvångsomhändertagen inte generellt är lägre för kvinnor jämfört med för män, men att kvinnors hem- och familjesituation påverkar sannolikheten att få vård enligt LVM. Det visade sig att kvinnor som hade barn under 18 år och kvinnor som levde med en annan missbrukare hade större sannolikhet att vårdas enligt LVM. För män var bilden dock den omvända – att ha barn eller en missbrukande partner *minskade* i stället sannolikheten för ett tvångsomhändertagande.

I åtminstone 20 av de fallen som ingår i vårt material framkom det att partnern vistas på anstalt eller sitter häktad. Några vårdas, liksom kvinnan, enligt LVM. Informationen om familjesituationen är ofta bristfällig men det är inte ovanligt att det finns anteckningar om att kvinnan blivit misshandlad av sin partner (eller andra) och några kvinnor lever med skyddad identitet. Våldet som kvinnorna utsätts för riktas ibland mot fostret. Som exempel kan nämnas en kvinna som lever ihop med en missbrukande

man som är mycket aggressiv. Han har upprepade gånger sparkat kvinnan i magen för att försöka framkalla ett missfall och även knivskurit henne, men barnet föds senare. Det ska också nämnas att kvinnorna ibland själva utövar våld och misshandlar sina partner. En del av de blivande fäderna är också delaktiga i graviditeten och i omsorgen för barnet.

### 3.5 Minderåriga barn

I 43 procent av fallen där en kvinna varit gravid under placering i LVM-vården har hon haft minderåriga barn sedan tidigare. Det rör sig om totalt 64 graviditeter och 57 kvinnor (i 5 fall framgår det inte om kvinnan har minderåriga barn sedan tidigare eller inte). Totalt har dessa 57 kvinnor 115 minderåriga barn sedan tidigare<sup>33</sup>.

TABELL 11a.

Antal minderåriga barn sedan tidigare bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården.

Minderåriga (< 18 år) barn sedan tidigare?	Antal gravida	Procent
Nej	81	54
1 eller flera	64 <sup>a</sup>	43
Framgår ej	5	3
Totalt	150	100

<sup>a</sup> Omfattar 57 enskilda kvinnor.

Andelen som har minderåriga barn i vår grupp är högre jämfört med kvinnorna i LVM-vården i stort: drygt 40 procent mot drygt 30 procent (Statens institutionsstyrelse 2006, 2011). Borgestadklinikkens kartläggning av 45 gravida som vårdats där 2006–2008 visade att cirka 40 procent hade barn sedan tidigare (Grimstad & Kristiansen 2009)<sup>34</sup>, vilket stämmer väl överens med våra resultat.

<sup>33</sup> Antalet fall där kvinnan hade ett minderårigt barn sedan tidigare var 117, men i två fall handlade det om samma barn som räknats två gånger eftersom kvinnan återkom till LVM-vården. I något fall har ett barn hunnit fylla 18 år mellan två olika vårdtillfällen så att kvinnan hade ett minderårigt barn vid ett tillfälle men inte vid det andra. Ett barn som fötts i samband med en placering ingår också i beräkningen av antal minderåriga barn sedan tidigare om kvinnan återkommer i LVM-vården.

<sup>34</sup> Det är inte riktigt samma sak som att ha *minderåriga* barn sedan tidigare, men skillnaden är förmodligen marginell med tanke på att det är ovanligt för en och samma kvinna att ha barn med över 18 års åldersspridning.

**TABELL 11b.**

Åldersfördelning på minderåriga barn sedan tidigare bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården.

Barnens ålder	Antal barn	Procent
0–2 år	12	10
3–6 år	30	26
7–12 år	44	38
13–17 år	29	25
Exakt ålder framgår ej	2	1
Totalt antal barn	117 <sup>a</sup>	100

<sup>a</sup> I 117 fall hade kvinnan minderåriga barn sedan tidigare, vilket omfattade 115 *enskilda* barn.

I tabell 11b redovisas åldersfördelningen på de minderåriga barn som gravida inom LVM-vården har sedan tidigare. Som vi ser är spridningen stor. Det är flest barn i åldersgruppen 7–12 år, men det är kanske mest intressant att andelen barn i åldern 0–2 år är relativt låg. Bortsett från att själva åldersspannet 0–2 år är mindre än åldersspannet 7–12, så är det tänkbart att kvinnor med riktigt små barn befinner sig i en fas där missbruket hålls under kontroll av inre motivation, stöd från omgivningen eller där socialtjänsten vill "vänta och se". Det är också tänkbart att det är när barnen blivit något äldre som ett missbruk eventuellt accelererar, att stödet och tålamodet från omgivningarna då minskar eller att socialtjänsten väljer att ingripa.

I tidigare studier av kvinnliga missbrukare och kvinnor inom LVM-vården har vi sett att relationen till barnen är en återkommande fråga som skapar mycket oro, särskilt om kvinnan står inför att förlora vårdnaden om sitt barn (se kapitel 1). Enligt Trulsson (1998) är ett LVM-omhändertagande ofta kulmen på ett totalt socialt sammanbrott med såväl omhändertagna barn som bostads- och arbetslöshet. Vi har därför också kartlagt hur det ser ut med vårdnaden eller den dagliga omsorgen för de barn som redan finns bland kvinnorna som varit gravida under placering i LVM-vården. I tabell 12 redovisas antal och andel gravida med minderåriga barn sedan tidigare, där ett eller flera barn är omhändertaget eller föremål för andra insatser rörande den dagliga omsorgen eller vårdnaden.

**TABELL 12.**

Omhändertagna<sup>a</sup> barn sedan tidigare bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården.

Ett eller flera omhändertagna barn sedan tidigare	Gravida med minderåriga barn	Procent
Ja	52	81
Nej	12	19
Totalt	64	100

<sup>a</sup> Omhändertaget eller på annat sätt föremål för insatser som rör den dagliga omsorgen eller vårdnaden om barnet.

I de 64 fallen (57 kvinnor) där kvinnan har minderåriga barn sedan tidigare har fyra av fem (81 procent) ett eller flera barn som är föremål för omhändertagande insatser, oftast i form av fosterhems- eller familjehemsplacering. I de övriga fallen bor oftast barnet eller barnen hos den andra föräldern. Bland LVM-klienterna i stort hade drygt hälften något omhändertaget barn eller barn som de förlorat vårdnaden om – och andelen skilde sig inte så mycket mellan kvinnor och män eller mellan olika åldersgrupper (Statens institutionsstyrelse 2006, 2011). Motsvarande andel är alltså betydligt högre bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården.

### 3.6 Fysisk och psykisk hälsa

Tidigare studier av klienter inom LVM-vården har visat med all tydlighet att klienterna oftast befinner sig en mycket besvärlig situation när han eller hon tas in, såväl socialt som hälsomässigt (Jansson 2010, Storbjörk 2011). Det är ofta svårt att skilja tillstånd som direkt följer av ett tungt missbruk och svårigheter som kan hänföras till en generell utsatt social tillvaro. De somatiska besvären är ofta stora och omfattar allt ifrån dålig tandhälsa till funktionsnedsättningar av olika slag, hepatit, hiv, skador efter allvarlig misshandel med mera.

I samband med graviditet och fosterutveckling är rökning ett centralt tema och vi har därför noterat om kvinnan röker. Det finns ingen fråga om rökning i DOK-formulären och rökning har inte registrerats systematiskt i någon av våra källor, så vår kodning bygger oftast på indirekt information<sup>35</sup>. Vi saknar helt information om hur *mycket* kvinnan röker. Andra studier har visat att rökning och nikotinberoende är mycket vanligt bland klienter i missbruks- eller beroendevård. De röker också mer än andra och är mer utsatta för tobaksrelaterade skador. Andelen rökare bland klienter i missbruks- eller beroendevård varierar, enligt olika studier, mellan 80 och 98 procent (Baca med flera 2009). Rökning är också mycket vanligt bland gravida kvinnor med missbruksproblem där andelen rökare i vissa studier uppgått till drygt 90 procent (Chisolm med flera 2010). Vårt material visar att *åtminstone* två av tre klienter röker cigaretter. Några är stor-rökare och i en klientakt står det till exempel att "klienten röker osedvanligt mycket. Cigarettrökningen var troligen bidragande orsak till att hon tidigare fött dödfött barn". I två klienters akter har vi hittat dokumentation på att kvinnan slutat röka med anledning av graviditeten. Som exempel har vi Fredrika: "På institutionen var klienten noga med sin hälsa under graviditeten. Hon slutade röka, tog inga mediciner och gick på promenader." I en tredjedel av akterna framgår det inte om kvinnan röker tobak eller inte.

<sup>35</sup> Som exempel kan nämnas att vi kodat kvinnan som rökare om det funnits dokumentation om att cigaretter och/eller tändare beslagtogs på institutionen eller om det framgår i journalanteckningar i KIA att kvinnan varit uppe flera gånger på natten för att röka. Eftersom frågan inte registrerats systematiskt någonstans var vi också något tveksamma till att registrera detta i starten, vilket betyder att vi kan ha förbisett några fall. Bristen på systematisk registrering betyder också att man underskattar de som inte röker. Det ligger i sakens natur att man nämner rökningen när detta är aktuellt – man skriver inte att kvinnan *inte* röker.

**TABELL 13.**

Rökning bland kvinnor som varit gravida i samband med placering inom LVM-vården.

Rökning	Antal gravida	Procent
Ja	100	67
Nej	2	1
Framgår ej	48	32
Totalt	150	100

Närmare två av tre klienter har hepatit C (64 procent). Återkommande i journalerna är att kvinnorna även lider av astma, tandinfektioner, epilepsi (ibland på grund av abstinens), hepatit B, hjärtproblem av olika slag, blodbrist, högt blodtryck, klamydia och hiv. Skador på centrala nervsystemet på grund av alkoholmissbruk förekommer, liksom förhöjda levervärden eller njursvikt. Somatiska problem anges ibland som underliggande orsaker till (det fortsatta) missbruket. En kvinna hade exempelvis stora ryggsmärtor och använde heroin för att lindra besvären. Det är inte ovanligt att kvinnorna har olika frakturer, oftast som resultat av misshandel. Några kvinnor bedöms ha ett gott fysiskt allmäntillstånd och vissa kvinnor har enbart problem som i första hand har samband med graviditeten, exempelvis lågt blodvärde eller klåda.

### Psykisk hälsa

Att den psykiska ohälsan är stor bland LVM-klienterna har kartlagts både i återkommande DOK-rapporter och i enskilda studier (till exempel Jansson 2010). Förutom uppgifter från DOK, som fanns tillgängliga för en del av kvinnorna i vår studie, innehöll aktmaterialet och journalanteckningarna i KIA en mängd – osystematiska – referenser till kvinnans psykiska hälsa/ohälsa. Återkommande i materialet var nuvarande eller tidigare förekomst av ätstörningar eller självskadebeteende, inklusive suicidförsök. Några kvinnor har diagnostiserats med adhd, borderline eller bipolär sjukdom. Andra lider av personlighetsstörningar, lindrig utvecklingsstörning, har återkommande drogpsykosor eller konstaterade hjärnskador. Ett stort antal kvinnor har blivit sexuellt utnyttjade eller misshandlade, även medan de varit gravida.

Våld och misshandel är vanligt förekommande i kvinnornas liv. Utöver att de utsätts för våld från andra förekommer det också att kvinnorna försöker skada sig själva, riktar slag mot magen eller utsätter närstående för hot och våld. Våldet tycks ibland hänga samman med att mediciner sätts ut i samband med graviditeten och som gör att symptomen från en underliggande psykisk sjukdom blir mer påtagliga:

*Emelie är en ung kvinna som står eller har stått på ett antal olika läkemedel (antipsykotiska medel, bensodiazepiner, antidepressiva, anti epileptiska medel) – som man trappar ned eller sätter ut under graviditeten. Hon lider av personlighetsstörning med bland annat påtaglig impulsivitet och instabilitet. Hon uppträder hotfullt mot personal, särskilt när det gäller frågan om tillgång till mediciner, och agerar vid något tillfälle ut genom att slå sig på magen och säger att hon ska*

ta död på fostret. Trots detta och att Emelie återfaller i missbruk under institutionsvistelsen fort-  
löper graviditeten väl och hon föder ett välskapt barn.

## 3.7 Tidigare vård

Av de kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården har kvinnorna i hälften av fallen (76 fall) tidigare vårdats inom SiS. En enskild klient kan ha vårdats flera gånger tidigare och enligt flera lagrum. I 40 procent av fallen har kvinnan tidigare vårdats enligt LVM. I 11 procent av fallen har hon tidigare vårdats enligt SoL eller annat lagrum och i 17 procent av fallen har hon vårdats enligt LVU i SiS regi.

TABELL 14.

Tidigare vård inom SiS bland kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården.

Tidigare vård inom SiS, lagrum	Antal gravida	Procent (n=150)
LVM	60	40
SoL/annat	16	11
LVU	25	17

Andelen som tidigare vårdats enligt LVM är ungefär 35 procent bland kvinnorna inom LVM-vården (Statens institutionsstyrelse 2006, 2011), det vill säga på samma nivå som i vår studie. Andelen kvinnor i LVM-vården i stort som tidigare vårdats enligt LVU är 15–20 procent, vilket är helt jämförbart med motsvarande andel i vår studie. Motsvarande andel bland 18–29-åringar i LVM-vården i stort är över 30 procent.

Antal tidigare vårdtillfällen inom SiS redovisas i tabell 15. I hälften av fallen har alltså kvinnan inte tidigare vårdats inom SiS. Av klienterna har 17 procent vårdats inom SiS en gång tidigare, 14 procent två gånger tidigare och 20 procent har vårdats tre gånger eller fler.

Bland de som inte tidigare vårdats inom SiS har 95 procent<sup>36</sup> vårdats på annat vis, på exempelvis HVB-hem, inom BUP eller enligt LPT, varit föremål för LSS-insatser, haft öppenvård eller avgiftats. Ibland är det i just dessa tidigare vårdkontakter som LVM aktualiserats, till exempel då klienten inkommit till institutionen direkt från en psykiatrisk avdelning eller när en barnmorska på specialistmödravården uppmärksammat socialtjänsten på kvinnans missbruk. Nästan alla (92 procent) kvinnorna har tidigare vårdats i andra former. Ett villkor för LVM-vård är ju att frivilliga insatser ska vara uttömda. Vilken omfattning och vilket innehåll vården haft har dock inte varit möjligt att bedöma för oss. Vi har kodat detta som en ja-/nej-fråga och har sedan noterat vilka huvudsakliga vårdformer som förekommit i materialet.

<sup>36</sup> För de övriga klienterna är aktmaterialet mycket knapphändigt, och det kan därför inte uteslutas att de tidigare vårdats på annat vis.

**TABELL 15.**

Antal tidigare vårdtillfällen inom SiS.

Antal tidigare vårdtillfällen (SiS)	Antal gravida	Procent
0	74	49
1	25	17
2	21	14
3	11	7
4	9	6
5	6	4
6–10	4	3
Totalt	150	100

### 3.8 Aktörer som är inblandade i LVM-anmälan

Eftersom det är socialnämnden som "äger" frågan om utredning och eventuell ansökan om vård, är det också socialtjänstens olika beslut och underlag som dominerar vårt material. Det är samtidigt viktigt att påpeka att det ofta är många vårdgivare, myndighetspersoner, anhöriga och andra som på olika sätt är involverade när LVM-vård aktualiseras. Det är oroliga föräldrar eller en partner som anmäler till socialtjänsten, det är polis, mödrahälsovård, beroendevård, eller annan sjukvård. Vi har gjort anteckningar om vilka andra aktörer som varit involverade på någon nivå – i den mån detta framkommit i aktmaterialet. Därför är det svårt att värdera hur vanligt det är att exempelvis anhöriga medverkar till att en LVM-utredning öppnas. Likaså är det svårt att värdera vilka andra vårdgivare som är pådrivande eller påverkande i ena eller andra riktningen. Hur socialnämnden och länsrätten hanterar ärenden som rör gravida granskas närmare i kapitel 5, men nedan följer några fallbeskrivningar som illustrerar vilka aktörer som kan vara involverade i ett sådant ärende.

#### Anmälningar från familj, polis, vården och andra

Siri är 28 år och gravid i åttonde månaden. I socialtjänstens utredning framgår det att anledningen till att en LVM-utredning öppnades är ett antal anmälningar som sträcker sig över ett par års tid. Det gäller anmälningar från Siris pappa, från polis och från den egna socialnämnden. Den utlösande faktorn verkar vara en anmälan från polisen om att Siri är misstänkt för ringa narkotikabrott samt en anonym anmälan om att hon är gravid och missbrukar narkotika.

Innan Astrid kommer till LVM-hemmet har hon haft kontakter med olika delar av vårdapparaten, däribland psykiatrin och somatisk vård, men det är främst anmälningar från polisen som påverkar beslutet om att omhänderta Astrid. Hon har nämligen vid flera tillfällen blivit misshandlad av sin sambo som även dömts till fängelse för detta. "Trots dessa omständigheter har hon inte förmått bryta upp ifrån förhållandet", som socialtjänsten skriver. Efter flera incidenter gör polisen en ny anmälan till socialtjän-

ten – de befarar att hon med tanke på de mängder alkohol hon konsumerar riskerar alkoholförgiftning.

För Ingridis del är det särskilt en moster som jobbar inom Kriminalvården som har "tagit itu med allt så att Ingrid har fått LVM". Trots detta har Ingrid, enligt samma anteckningar, ett gott förhållande till mostern och sätter henne högt.

I Ginas fall är det hennes sambo samt hans före detta fru som gör en anmälan om att hon missbrukar amfetamin under graviditeten. Enligt sambon, som själv har missbruksproblem, är Gina i nionde veckan och har använt en stor mängd amfetamin under hela graviditeten. Han är orolig för Gina men även för det ofödda barnet. Sambons före detta fru är också orolig över att missbruket har accelererat de senaste två åren och att Gina redan har fem barn som hon inte har vårdnaden om.

I Kattis fall skriver hennes mamma till socialtjänsten och "kräver att ni omedelbart omhändertar min dotter enligt lagen om LVM, på grund av hennes narkotikamissbruk i kombination med hennes pågående graviditet". Mamman skriver att dottern nu är i vecka 8 och att barnet är som allra känsligast i början av graviditeten. "Ingripande borde ha skett redan nu och varje timme som ingripandet försenas är oförsvarbart med tanke på situationen".

### Läkarnas roll

Läkarna har också en mycket central roll i en LVM-process. Dels är det oftast läkare som träffar klienterna i primärvården, mödravården, akutvården, avgiftningsenheter och psykiatri –dels ska det också göras en läkarundersökning i samband med att en ansökan om LVM-vård lämnas in. Läkarna gör inte bara drogtestar och en bedömning av den psykiska och fysiska hälsan utan också, ibland ganska passionerade, inlägg om nödvändigheten av LVM eller annan åtgärd.

Gunborgs läkare gör i maj en anmälan till socialtjänsten på grund av oro för Gunborg och hennes väntade barn. I anmälan framgår det att läkaren träffat Gunborg två gånger under denna graviditet. Nedkomsten är beräknad till november. Hon sökte vård på kliniken i vecka 8 och var då klart drogpåverkad och mycket orolig för sitt barn. På återbesök några veckor senare uppger Gunborg att hon dragit ned på drog användningen men läkaren menar det fanns tecken på att så inte var fallet. Läkarens anmälan leder till att socialtjänsten beslutar att inleda en utredning enligt 7 § LVM:

*Klart upplever jag Gunborg som en vettig blivande mamma, helt fast i en beroendesjukdom som hon inte själv kan hantera. Jag tycker att det minsta samhället lika med socialtjänsten kan göra är att hjälpa henne att inte missbruka, i alla fall inte när hon väntar barn. Hennes barn förtjänar att födas drogfri och ha en bra chans till ett bra liv, både för sin egen och för Gunborg skull. Det är givetvis svårt att leva med att inte ha kunnat ge sina barn en bra start. Gunborg är så ung att det inte borde vara för sent för henne att få ordning på sitt liv."*

När Aina omhändertas är hon gravid i femte månaden och har under en tid haft kontakt med öppenvård och dagverksamhet samt haft ett stödboende. Det har framkommit att hon inte klarat av att uppvisa drogfrihet där. En dryg månad senare kontaktas



socialtjänsten av MVC som berättar att Aina uteblivit från bokade möten. Personalen är mycket orolig för hennes hälsa men framför allt uttrycker de "stor oro för det ofödda barnets hälsotillstånd". Enligt MVC är det mycket allvarligt att missbruka alla former av droger samt alkohol i samband med graviditeten. Samma dag görs ett omedelbart omhändertagande.

Även i Emelies fall spelar läkarutlåtandet från mödravården en viktig roll: "patienten är gravid i femte månaden och då hon samtidigt fortsätter sitt blandmissbruk bör hon läggas in för avgiftning på en anstalt då hon utsätter fostret och sig själv för fara."

### 3.9 Graviditetsstatus vid inskrivning

Av de totalt 150 fallen där kvinnan varit, eller sannolikt varit, gravid i samband med placering i LVM-vården, var 125 kvinnor gravida redan vid inskrivningen och 4 kvinnor sannolikt gravida redan vid inskrivningen. Uppgiften är dock behäftad med viss osäkerhet eftersom det inte alltid framgått tydligt hur långt gången graviditeten varit eller om kvinnan faktiskt var gravid just vid inskrivningstillfället. Oftast har det funnits uppgifter om graviditetsmånad, men inte vecka. Vi har valt att redovisa resultaten på trimesternivå<sup>37</sup>.

TABELL 16a.

Graviditetslängd vid *inskrivning* i LVM-vården.

Trimester	Antal gravida	Procent
1	36	28
2	53	41
3	39	30
Okänt	1	1
Totalt	129	100

De 125 kvinnor som faktiskt var gravida när de skrevs in var i genomsnitt i graviditetsvecka 21 vid inskrivningen. Med andra ord var de ungefär halvvägs genom graviditetens 40 veckor. I de flesta fall (110 av 125) var graviditeten känd av socialtjänsten, det vill säga: den nämndes på något sätt i det underlag som socialtjänsten kunnat ta del av eller som de själva tagit fram. Se tabell 17 nedan. De 4 kvinnorna som troligen var gravida vid inskrivningen befann sig rimligen i ett mycket tidigt skede av graviditeten, varför vi definierat dem som tillhörande första trimestern – och det ligger i sakens natur att graviditeten inte varit känd eller nämnd av socialtjänsten. Sammantaget befann sig kvinnan i den första trimestern i drygt vart fjärde fall, men fördelningen mellan trimestrarna var relativt jämn.

<sup>37</sup> Uppgifterna om graviditetslängd har varit både knapphändiga och angivna i såväl veckor som månader. Indelningen i trimestrar är gjord så att trimester 1 motsvarar graviditetsvecka 1–13 eller graviditetsmånad 1–3, trimester 2 motsvarar graviditetsvecka 14–27 eller graviditetsmånad 4–6, och trimester 3 motsvarar graviditetsvecka 28–39 eller graviditetsmånad 7–9.

**TABELL 16b.**

Graviditetlängd vid *intagning* i LVM-vården.

Trimester	Antal gravida	Procent
1	29	24
2	51	41
3	43	35
Totalt	123	100

Det finns en liten skillnad mellan antalet gravida kvinnor som redovisas i tabell 16a (inskrivna) och 16b (intagna) vilket beror på flera saker. Dels är det inte alla kvinnor som skrivs in i LVM-vården som faktiskt tas in. Dels kan det gå en tid mellan inskrivning och intagning (om kvinnan exempelvis är avviken) och då kan kvinnan hinna bli gravid mellan tidpunkterna eller hinna göra abort eller få missfall mellan de två tidpunkterna. I tabell 16b visas trimesterfördelningen (i månader) mellan kvinnorna som var gravida när de *togs in*. I 3 fall var kvinnan *troligen* gravid vid intagning och har då rimligen varit i månad 1–3 så de finns inkluderade här. Bland de 120 kvinnor som faktiskt var gravida när de togs in i LVM-vården, befann de sig då genomsnittligt i den femte graviditetsmånaden (5,4 månader).

I utvärderingen av den norska tvångslagstiftningen (Lundeberg med flera 2010) tas även denna fråga upp, det vill säga när i graviditeten kvinnan omhändertas eller tas in för vård. Utvärderarna beskriver också att exakta uppgifter ofta har saknats i den dokumentation de har haft tillgång till och att de behövt "runda av" samt bedöma mellan tummen och pekfingeret. Men bland totalt 139 omedelbart omhändertagna gravida återstod i genomsnitt 117 dagar av graviditeten när beslutet fattades (som kan jämföras med inskrivningstidpunkten hos oss), med andra ord mellan femte och sjätte månaden. Kartläggningarna från Borgestadskliniken visar att kvinnorna i genomsnitt var gravida i vecka 24 när de togs in på kliniken under perioden 1996–2005 (Hansen & Svenkerud 2006), medan motsvarande för perioden 2006–2008 var 19 veckor (Grimstad & Kristiansen 2009). Variationen är stor även här men flerparten befinner sig i femte till sjätte månaden.

**TABELL 17.**

Gravid vid inskrivning utifrån om graviditeten var känd av socialtjänsten.

Gravid vid inskrivning	Graviditeten känd av socialtjänsten?			Antal
	Ja	Nej	Framgår ej	Totalt
Ja	110	12	3	125
Nej	1 <sup>a</sup>	19	1	21
Troligen	0	4	0	4
Totalt	111	35	4	150

<sup>a</sup> I detta fall trodde socialtjänsten att kvinnan var gravid vid inskrivningen men det var hon inte. Kvinnan blev i stället gravid efter inskrivningen. Hon ingår således två gånger i vårt material – både som ett exempel på en förmodad graviditet och bland de som faktiskt varit gravida under placeringen.

Graviditeten är inte alltid känd, vare sig av socialtjänsten eller ens av kvinnan själv. I de (12) fall där socialtjänsten inte har kännedom om graviditeten vid inskrivningstillfället är kvinnan i genomsnitt i vecka 8 vid inskrivningstillfället.

Kvinnornas drogmissbruk skiljer sig inte beroende på om graviditeten varit känd av socialtjänsten eller inte. Vi noterar dock att 14 av de 16 kvinnorna som enbart missbrukar *en* drog, är kvinnor vars graviditet var känd vid inskrivningen. Det kan möjligen indikera att missbruket är något mindre allvarligt, men underlaget medger inte några vidare resonemang kring den frågan.

## 3.10 Omständigheter under graviditeten

### Substitutionsbehandling/läkemedelsassisterad behandling

Substitutionsbehandling eller läkemedelsassisterad behandling har varit en omdiskuterad fråga i missbruks- och beroendesammanhang. När det gäller användning av substitutionsbehandling under graviditet finns, förutom de generella för- och nackdelarna, vissa särskilda hänsyn att ta som hänger ihop med läkemedlets påverkan på fostret. I samband med att den norska motsvarigheten till Socialstyrelsen – Helsedirektoratet – tog fram nationella riktlinjer på området, debatterades frågan intensivt bland professionella, brukare, politiker och i medierna. De nya riktlinjerna publicerades våren 2011 och där rekommenderas kvinnor som redan är i "legemiddelassisterad rehabilitering", LAR, att fortsätta medicineringen eller minska doserna under kontrollerade former under graviditeten. Riktlinjerna anger också specifika gränsvärden för hur mycket doserna av metadon respektive buprenorfin<sup>38</sup> kan minskas under graviditeten (Helsedirektoratet 2011). Syftet är att förhindra abstinensreaktioner och eventuellt påföljande syrebrist hos fostret.

Som nämnts i kapitel 1 innehåller de svenska nationella riktlinjerna från 2007 ett eget kapitel om gravida. Frågan om läkemedelsassisterad behandling tas upp även här men rekommendationerna är mindre specifika än de norska och man förespråkar en noggrann utredning för att väga substitutionsbehandlingens effektivitet mot eventuella risker för fostret. Sedan läggs fokus på att jämföra olika preparats relativa fördelar och nackdelar. Man skriver till exempel att det är oklart om metadon ger mindre abstinenssymptom och högre vikt, längd och huvudomfång hos det nyfödda barnet jämfört med ett fortsatt heroinmissbruk. Sedan jämförs buprenorfin och metadon där det förstnämnda tycks ge mindre abstinenssymptom hos de nyfödda (Socialstyrelsen 2007b).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (SOSFS 2009:27) fastslår att sådan behandling inte får ges om en patient vårdas med stöd av LVM<sup>39</sup>. Det är inte ovanligt att LVM-klienter omhändertas på grund av ett substitutionsprogram som har havererat eller där metadon och subutex ingår i klientens missbruk. Handlar det dessutom om en gravid kvinna innebär föreskriften en extra komplikation i förhållande till vård enligt LVM. I sådana fall måste en

<sup>38</sup> Den aktiva substansen i subutex.

<sup>39</sup> Kapitel 4, § 3, tredje stycket.

nedtrappning eller utsättning av medicinen skötas i nära samverkan med hälso- och sjukvården – och om man följer den norska rekommendationen om att hålla kvar medicineringen under graviditeten ska i princip LVM avskrivas<sup>40</sup>.

I vårt material har vi hittat 30 fall där kvinnor fått substitutionsbehandling i anslutning till graviditeten, det vill säga de har ordinerats till exempel subutex eller metadon mot sitt opiatmissbruk. Några kvinnor vistas en tid på sjukhus för nertrappning av substitutionsmedel innan de kommer till institutionen, andra trappas ner på institutionen. Det förekommer även att klienter fortsättningsvis får subutex eller metadon förskrivet under institutionsvistelsen av medicinska skäl<sup>41</sup>. Medlet har då vanligen satts in på sjukhus. Dessutom händer det att kvinnan är positiv på opiater i samband med förlossningen och att barnet föds med abstinenssymptom och måste medicineras. Nedan återges några fall där frågan om läkemedelsassisterad behandling varit aktuell:

*Under samtal med läkare på sjukhus två dagar innan Fia tas in i LVM-vården framkommer det att hon tagit metadon regelbundet den senaste tiden, trots att hon har skrivits ut från ett metadonprogram. Enligt Fia själv har hon tagit 40–45 mg dagligen under i stort sett hela graviditeten. Fia ska föda om ett par månader och är orolig för barnets hälsa om hon inte också fortsättningsvis får metadon. En annan läkare kopplas in och bestämmer sig för att minska dosen till 25 mg per dag de närmsta dagarna. Enligt läkaren är 25 mg "en underhållsdos som inte skadar barnet om patienten inte talar sanning och begränsar barnets abstinens om patienten är ärlig". Molly har också en pågående metadonbehandling när hon skrivs in i LVM-vården. I läkarintyget som skrivs i samband med omhändertagandet står "att försätta patienten i abstinensstillstånd i detta skede i graviditeten genom att avbryta metadonbehandlingen är inte medicinskt tillrådligt och risken för komplikationer för fostret är inte obetydlig."*

*Britta får metadon illegalt förskrivet av en privat läkare. När hon kommer till LVM-hemmet påbörjas en nedtrappning men läkaren på institutionen anser att hon egentligen borde avgiftas på ett sjukhus eftersom det kan inträffa komplikationer med graviditeten.*

När det gäller andra medel, såsom bensodiazepiner, sker avgiftningen oftast på institutionen. Även här behöver man ta hänsyn till både kvinnan och fostret i processen. Vi har sett exempel på funderingar och diskussioner om *hur* avgiftningen av en gravid kvinna bäst ska hanteras. I ett fall skriver läkaren uttryckligen att bensodiazepiner under graviditet endast ska ges på strikt indikation efter att kvinnans behov vägts mot riskerna för fostret.

### Återfall under LVM

Syftet med LVM-vården är att klienten ska motiveras till frivillig vård. Ett sätt att nå dit är att klienten får möjlighet att "landa" i en drogfri miljö. Det händer dock att klienten återfaller under LVM-tiden. Det kan komma in droger på institutionen, klienten

<sup>40</sup> Om kvinnan befinner sig i ett fungerande substitutionsprogram ska det, å andra sidan, inte vara nödvändigt att omhänderta henne enligt LVM.

<sup>41</sup> Under början av 00-talet användes subutex inom LVM-vården i avgiftningssyfte.

avviker eller får tillgång till droger under permissioner eller besök/vistelser utanför institutionen<sup>42</sup>.

I nästan hälften av fallen (49 procent) har vi hittat information som visar på någon form av återfall i missbruk under placeringen (tabell 18). Återfallet sker ofta i samband med vård i öppnare former eller i samband med avvikningar, permissioner eller besök utanför institutionen. Det förekommer också att droger kommer in på institutionerna. I drygt hälften av dessa fall sker återfallet medan kvinnan fortfarande är gravid<sup>43</sup>.

**TABELL 18.**

Återfall under graviditet i samband med vistelsen i LVM-vården.

Återfall under LVM	Antal	Procent
Ja, när gravid	41	28
Ja, men ej när gravid	31	21
Nej	66	45
Framgår ej	9	6
Totalt	147 <sup>a</sup>	100

<sup>a</sup> Tre gravida kvinnor vars ärenden avskrevs ingår inte i redovisningen.

<sup>42</sup> Enligt Lundeberg med flera (2010) förekommer missbruk även hos kvinnor som omhändertagits på grund av sin graviditet (enligt § 6-2a). Problemet med droger på institutionen tycks i utvärderingen av den norska tvångsvården vara störst på könsblandade avdelningar med större genomströmning. Avvikningar med påföljande återfall förekommer också bland gravida.

<sup>43</sup> I några fall har kvinnan avvikit från institutionen och både återfallit i missbruk och blivit gravid vid detta tillfälle. Det innebär att vi har fått göra någon sorts rimlighetsbedömning av om återfallet skedde medan kvinnan var gravid eller inte.

## 4. Vad blev det? Utfall av graviditeterna

I kapitel 3 framgår att vi har hittat 150 fall (142 kvinnor) där kvinnan varit gravid, eller sannolikt varit gravid, i samband med placering inom LVM-vården. En central fråga i vår studie har också varit att ta reda på hur det gick – hur många graviditeter resulterade i ett barn, hur många kvinnor gjorde abort? Underlaget består i detta avsnitt delvis också av uppgifter som lämnats via Medicinska födelseregistret på gruppnivå. Utifrån vårt eget material har vi till exempel lyckats identifiera 87 fall (som resulterade i 88 levandefödda barn) där det finns dokumentation på att kvinnan faktiskt fick barn. I dessa fall har vi också ofta annan information kring graviditeten, förlossningen och barnets tillstånd – även om informationen är mycket varierande i omfattning. Därutöver bedömde vi att kvinnan i 10 fall *sannolikt* hade fått barn, så att det var totalt 97 graviditeter som hade resulterat i ett levandefött barn. Vi lämnade listan med faktiska och sannolika förlossningar till Medicinska födelseregistret för att dels stämma av antalet, dels få några basuppgifter om förlossningarna och barnen på gruppnivå<sup>44</sup>. Vi utelämnade dock en tvillingförlossning som vi kände till eftersom flerbördsgraviditeter innebär till exempel lägre födelsevikt. Av de 96 fallen återfanns 92 i Medicinska födelseregistret – de resterande 4 fallen ingår i det följande i kategorin "okänd" (se nedan). Vi vet dock inte exakt vilka som hittades, respektive inte hittades, så vi kan inte koppla ihop uppgifterna som lämnats härifrån till enskilda individer. I avsnitt 4.2 redovisas både uppgifter från SiS egna källor och registeruppgifter på gruppnivå.

### 4.1 Översikt

Som det framgår av tabell 19 så har vi i 12 fall inte lyckats hitta information om utfallet av graviditeten. Oftast handlar det om kvinnor som varit i en tidig fas av graviditeten, där möjligheten fortfarande fanns att kvinnan kunde göra abort, och där hon skrivits ut relativt snabbt eller placerats enligt 27 § LVM – och inte återkommit i LVM-vården. Institutionspersonal har heller inte kunnat hjälpa till med information. Bland dessa 12 ingår 4 fall där vi initialt bedömde att det var säkert eller sannolikt att kvinnan fått barn och som vi därför kontrollerade mot Medicinska födelseregistret. De övriga har vi inte matchat mot Medicinska födelseregistret, så det är tänkbart att det finns ytterligare något barn som fötts även om det i första hand handlar om att vi inte vet om kvinnan gjort abort eller om hon fått missfall. I övrigt vet vi alltså att det blev barn i 93 fall, vilket resulterade i 94 levandefödda barn. Det framgår också av dokumentationen att

<sup>44</sup> Uppgifterna som lämnades var barnets kön, barnets födelsevikt (genomsnitt, median, minimum-maximum), förlossningssätt, andel prematura förlossningar och Apgar (andel < 7 efter 5 minuter).

kvinnan gjorde abort i 35 fall och att det sannolikt var så i ytterligare 5 fall. Totalt har det alltså blivit barn i 62 procent av fallen och abort eller sannolikt gjord abort i drygt en fjärdedel av fallen. Därutöver finns några missfall och ett exempel på att barnet dog innan förlossningen. I 12 fall vet vi inte om kvinnan gjorde abort, fick missfall – eller mot förmodan fick barn.

**TABELL 19.**

Utfall av graviditeterna.

Utfall	Antal graviditeter	Andel
Barn	93 <sup>a</sup>	62
Abort	35	24
Sannolikt abort	5	3
Missfall/dödfött	5	3
Okänt	12	8
Totalt	150	100

<sup>a</sup> Inklusive ett tvillingpar, vilket innebär att antalet levandefödda barn är 94.

Det är givetvis svårt att värdera utfallet, särskilt andelen aborter. De uppgifter som ligger närmast till hands för en jämförelse är de som gäller kvinnor som vårdats vid Borgestadkliniken. Enligt Grimstad och Kristiansen (2009) gjorde 12 procent (16 av 135) av kvinnorna som vårdats vid kliniken under perioden 1996–2008 abort. Jämförelsen är dock behäftad med en del problem eftersom vårt material omfattar både kvinnor som kommer gravida till LVM-vården och kvinnor som blivit gravida *under placeringen*. En kvinna som kommer till Borgestadkliniken och har omhändertagits av hänsyn till barnet är sannolikt i ett senare skede av graviditeten där abort inte längre är en möjlighet. I Norge är dessutom gränsen för abort utan speciella medicinska skäl 12 veckor jämfört med 18 veckor i Sverige. Graviditeterna som slutade med abort eller missfall fokuseras i nästa avsnitt.

När det gäller kvinnorna som fick barn så var kvinnan i 55 av 97 fall (57 procent) förstföderska, det vill säga hon hade inte minderåriga barn sedan tidigare.<sup>45</sup> Antal minderåriga barn framgår av tabell 20. Närmaste jämförelse är återigen Borgestadkliniken där ungefär 50 procent av kvinnorna var förstföderskor under hela perioden 1996–2008 (Grimstad & Kristiansen 2009).

<sup>45</sup> Denna uppgift baseras på de 97 graviditeter där det från SiS källor fanns dokumentation på att kvinnan fått barn eller där vi bedömde att hon sannolikt fått barn. Variabeln registrerar antal minderåriga barn sedan tidigare vilket inte är samma sak som att man är förstföderska. Det finns några enstaka exempel på kvinnor i vårt material som har äldre barn sedan tidigare, men vi har inte registrerat detta systematiskt. Men detta påverkar inte resultatet nämnvärt. Vi har dock valt att inte redovisa genomsnittsåldern här eftersom kvinnor som eventuellt har barn över 18 år skulle påverka genomsnittet.

**TABELL 20.**

Antal minderåriga barn sedan tidigare bland kvinnor som varit gravida i samband med placering inom LVM-vården.

Antal minderåriga (< 18 år) barn sedan tidigare	Gravida som får barn	Procent
0	55	57
1	21	22
2	14	14
3	4	4
4 eller fler	3	3
Totalt	97	100

## 4.2 Barnen som fötts

Med utgångspunkt i SiS egna datakällor och det tillvägagångssätt vi har följt hittades 94 barn, varav ett tvillingpar, som fötts av kvinnor som skrivits in i LVM-vården under den aktuella perioden. I det följande redovisas uppgifter om 92 enkelbördsförlossningar som återfunnits i Medicinska födelseregistret och som alla resulterat i levandefödda barn samt någon uppgift om tvillingarna som fötts (baserat på myndighetsintern dokumentation).

### Könsfördelning

Könsfördelningen bland barnen framgår av tabell 21. Tvillingförlossningen har inte inkluderats eftersom sannolikheten att barnen har samma kön är något större vid flerbördsgraviditeter. Fördelningen var ungefär som förväntad i och med att andelen pojkar var något högre än andelen flickor. Ändå sedan man började föra befolkningsstatistik har det fötts något fler pojkar än flickor. Fram till mitten på 1800-talet var kvoten 104 till pojkarnas favör, och på senare tiden har kvoten ökat till 106 (Persson 2006). I det perspektivet är könsfördelningen relativt mindre ojämn bland barnen som ingår i vår studie.

**TABELL 21.**

Könsfördelning bland barn som fötts av kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården<sup>a</sup>.

	Antal	Procent
Flicka	43	47
Pojke	49	53
Totalt	92	100

<sup>a</sup> Exklusive ett tvillingpar.

### Tillstånd vid födelsen

Förutom antalet och könsfördelningen på de barn som fötts är frågan om hur barnen mår kanske den allra mest intressanta i sammanhanget. Födelsevikt är det enskilt vik-



tigaste måttet på ett barns mående och har betydelse för barnets utveckling även på längre sikt. I tabell 22a finns uppgifter om födelsevikt för barnen som fötts vid enkelbörd, jämförelser med data från Borgestadskliniken samt jämförelser med data från befolkningen som helhet<sup>46</sup>.

Den genomsnittliga födelsevikten bland barnen i vår studie är 3 191 gram, vilket är 357 gram lägre än genomsnittet i befolkningen. En del av förklaringen till skillnaden kan vara en högre andel prematura förlossningar<sup>47</sup>. I befolkningen som helhet är det cirka 5 procent bland levandefödda barn som föds prematurt (Socialstyrelsen 2012), medan det i vår grupp var 11 av 92 – det vill säga 12 procent.

#### TABELL 22a.

Födelsevikt hos barn födda av kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vård samt vissa jämförelsedata.

Födelsevikt barn födda av kvinnor som vårdats i LVM-vården (n=92, varav 81 fullgångna graviditeter)

Genomsnitt	3 191 gram
Median	3 245 gram
Minimum – maximum	Under 1 000 gram – 4 500 gram eller mer

Källa: Medicinska födelseregistret.

Födelsevikt Borgestadskliniken: barn födda av tvångsomhändertagna kvinnor 1996–2009 (n=110)

Genomsnitt	3 165 gram
Median	3 210 gram

Källa: Nordlie 2012.

Genomsnittlig födelsevikt bland fullgångna graviditeter vid enkelbörd

Hela landet 2000–2009	3 548 gram
-----------------------	------------

Källa Socialstyrelsen 2012.

Med utgångspunkt i ett begränsat antal förlossningar som det fanns uppgifter om i SiS egna källor jämförde vi genomsnittlig födelsevikt *med hänsyn till* graviditetslängden. Även då hade barnen i vår studie lägre födelsevikt jämfört med befolkningen i stort, men skillnaden var då cirka 200 gram. Att barnen i större utsträckning föds prematurt kan i sin tur hänga ihop med flera saker. Förutom att själva missbruket kan påverka barnets utveckling är det mycket vanligt att missbrukande kvinnor också är storrökare (se avsnittet om fysisk hälsa ovan). Det är otvetydigt så att rökning påverkar barnets utveckling och att kvinnor som röker har en klart större risk att få barn med lägre födelsevikt än andra, oavsett om graviditeten är fullgången eller inte. I vårt material

<sup>46</sup> I SiS egna källor fanns uppgifter om födelsevikt för 30 barn, samt uppgifter om födelsevikt och graviditetslängd i 22 fall. Därmed hade vi kunnat redovisa till exempel födelsevikt efter kön för dessa barn. Vi valde dock att fokusera på uppgifterna från Medicinska födelseregistret – som inte medger mer förfinade redovisningar men som vinner på att uppgifter om alla barn ingår.

<sup>47</sup> Gestationsålder eller graviditetslängd beräknas utifrån sista menstruationens första dag (SM) och en normal graviditet pågår i ungefär 280 dagar eller 40 veckor, räknat från SM. De allra flesta barn föds efter 37 men före 42 hela veckor. En gestationsålder kortare än 37 hela veckor innebär prematurförlossning och om den överskrider 42 hela veckor talar man om överburenhet. Se Socialstyrelsen (2009).

hittade vi hänvisningar till tobaksanvändning hos ett klart flertal av kvinnorna vi vet fick barn – även om vi saknar kunskap om hur mycket eller hur ofta kvinnan röker eller snusar. Som jämförelse kan noteras att bland alla barn som föddes i Sverige under 2005 så rökte knappt 20 procent av mödrarna tre månader före graviditeten. Andelen som rökte sent i graviditeten (vecka 30–32) var då drygt 6 procent (Socialstyrelsen 2007c).

I en undersökning av 110 barn födda av kvinnor som vårdats utan samtycke på Borgestadkliniken under perioden 1996–2009, var den genomsnittliga födelsevikten 3 165 gram (median 3 210 gram), det vill säga 356 gram lägre än genomsnittet i den norska befolkningen under samma period (Nordlie 2012). Genomsnittet för våra kvinnor (oberoende av graviditetens längd) var slående likt Borgestadklinikens – 3 191 gram respektive 3 165 gram, liksom medianvikten (3 245 gram respektive 3 210 gram).

I uppgifterna från Borgestadkliniken redovisas inte fördelningen mellan fullgångna och prematura förlossningar på ett sådant sätt att den direkt kan jämföras med våra uppgifter. Under den senare halvan av 00-talet föddes där cirka 23 av 60 barn tidigare än 8 dagar innan beräknat förlossning. Antal barn som föddes 15 dagar eller tidigare innan beräknat förlossning (ungefär motsvarande < 37 hela veckor) var cirka 7 (12 procent). Andelen barn som föds prematurt verkar alltså vara ganska likartad i Borgestadklinikens och i vår studie – trots skillnader i vårdens organisering och förutsättningar.

**TABELL 22b.**

Apgar-poäng hos barn födda av kvinnor som vårdats i LVM-vården.

	Antal	Procent
Apgar under 7 efter 5 minuter	5	5,4
Apgar 7 eller över efter 5 minuter	87	94,6
Totalt	92	100

Källa: Medicinska födelseregistret.

Apgar är ytterligare ett mått på barnets mående i samband med förlossningen. Apgar mäts efter en och efter fem minuter och högsta värde är 10. Ett Apgar-värde under 7 efter fem minuter anses vara lågt. Lågt Apgar-värde kan vara förenat med en viss ökad risk för komplikationer i nyföddhetsperioden och senare, men det prognostiska värdet av ett lågt Apgar-värde är osäkert (Socialstyrelsen 2002). Andelen barn med lågt Apgar-värde ingår som en av indikatorerna som valts för öppna jämförelser av graviditet, förlossning och nyföddhetsvård mellan landstingen (SKL & Socialstyrelsen 2010). Under perioden 1998–2002 var andelen barn med låg Apgar 1,19 i hela riket (Pakkanen med flera 2004) och under perioden 2004–2008 var motsvarande andel 1,13 (SKL & Socialstyrelsen 2010). Enligt uppgifterna vi fått från Medicinska födelseregistret hade 5 av de 92 aktuella barnen (exklusive ett tvillingpar), det vill säga 5,4 procent, lågt Apgar-värde. En högre andel barn med lågt Apgar-värde i vår studie jämfört med befolkningen som helhet torde delvis ha samband med en högre andel prematura förlossningar som igen torde ha samband med hög andel mammor som röker, missbruk, brister i nutrition och generellt besvärliga livsvillkor.

## Vårdsituation vid förlossningen

Hur vårdsituationen såg ut vid förlossningen framgår av tabell 23 nedan som omfattar alla 87 fall där vi med utgångspunkt i SiS egna datakällor vet att kvinnan fick barn (inklusive en tvillingfödelse).

**TABELL 23.**

Vårdsituation vid förlossningen.

Vårdsituation vid förlossningen	Antal gravida	Procent
Inskrivna på institutionen	46	53
Placerad enligt 27 § LVM	28	32
Utskriven innan förlossningen	12	14
Framgår ej	1	1
Totalt	87	100

Källa: SiS.

Drygt hälften av kvinnorna är fortfarande inskrivna på LVM-institutionen när förlossningen sker. Det innebär i praktiken att personal från institutionen är med under transporten till BB och ibland även med på själva förlossningen. Vad som händer därefter beror i hög grad på om kvinnan fortsättningsvis ska vårdas på institutionen, om hon ska skrivas ut till vård i öppnare former – med eller utan barnet – eller om ärendet av någon anledning avskrivs och kvinnan skrivs ut från LVM-vården. Kvinnan kan inte återvända till LVM-institutionen med barnet; hemmen är inte rustade för att ta emot spädbarn. Det vanliga är då att mor och barn placeras på ett mamma-barnhem eller i ett familjehem. Kvinnan är emellertid fortfarande inskriven i LVM-vården och kan, vid återfall, tas in på institutionen igen medan barnet fortsättningsvis vårdas av någon annan. LVM kan i vissa fall också övergå till en frivillig placering enligt SoL.

När det gäller omständigheterna kring förlossningen så är informationen i SiS egna datakällor bristfällig och sporadisk. Från Medicinska födelseregistret har vi därför hämtat uppgifter om förlossningssätt, det vill säga andelen kejsarsnitt.

Nedan har vi sammanställt de uppgifter som finns om omständigheterna kring förlossningen – främst om barnet förlöstes genom kejsarsnitt eller om det uppstod andra komplikationer under eller direkt efter förlossningen.

**TABELL 24.**

Förlossningssätt.

Förlossningssätt	Antal förlossningar
Planerade kejsarsnitt	9
Akuta kejsarsnitt	7
Vaginal förlossning	65
Totalt	81 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Andelen kejsarsnitt redovisas bara på fullgångna graviditeter.

Källa: Medicinska födelseregistret.

I aktmaterialet från SiS framgår det ibland information om förlossningen, om förlossningssätt och andra omständigheter. Här fanns till exempel 12 kejsarsnitt beskrivna (4 planerade, 4 akuta och 4 ospecificerade). Därutöver finns ibland information om komplikationer som uppstått eller om förlossningen till exempel satts i gång. Men denna information är så pass osystematisk och inkomplett att vi nöjer oss med att redovisa andelen kejsarsnitt, som både kan vara ett resultat av komplikationer och vara källa till komplikationer. Enligt Socialstyrelsen (2009) var andelen enkelbördsförlossningar med kejsarsnitt nästan 17 procent i befolkningen som helhet år 2008. I vår studie uppgår andelen till knappt 20 procent – det vill säga något högre än i befolkningen.

I studien av kvinnorna som omhändertagits vid Borgestadkliniken 2006–2008 (Grimstad & Kristiansen 2009) finns uppgifter om 27 barn som fötts. Av dessa förlöstes 6 med kejsarsnitt (det vill säga drygt 20 procent). Andelen kejsarsnitt i Norge låg under mitten av 00-talet på cirka 16 procent totalt. Eftersom antalet observationer är ganska litet i såväl Borgestadklinikens som vårt fall ska resultaten tolkas med varsamhet. Det finns dock skäl att tro att andelen kejsarsnitt bland kvinnor med tungt missbruk, som det i båda fallen handlar om, är något större jämfört med befolkningen i stort. Det är rimligt att tro att missbruket i sig, samt ett ohälsosamt leverne i övrigt (rökning, dålig nutrition, stress, somatiska besvär) gör kvinnorna och barnen mer utsatta för komplikationer i samband med förlossningen.

### Vad hände efter förlossningen?

Som nämndes ovan så beror förloppet efter förlossningen på både kvinnans och barnets situation. Här möts olika aktörer, lagstiftningar och vård- och omsorgsbedömningar – och man har nu två klienter/patienter att ta hänsyn till. Så fort barnet har fötts har det egna rättigheter och egna vårdbehov som måste beaktas. En återkommande fråga i vårt material är osäkerheten kring om socialtjänsten kommer att omhänderta barnet eller inte. I en del fall är detta redan klarlagt innan födseln, men ofta svävar frågan i luften och det fattas inget beslut innan barnet har fötts. Ibland vill socialtjänsten "vänta och se" hur det går och gör ett ingripande vid ett senare tillfälle. Osäkerheten är ofta påfrestande för såväl kvinnan som för socialtjänst och institutionspersonal. Ska kvinnan förberedas på att bli mamma eller på att lämna barnet till en fosterfamilj? Socialtjänsten vill gärna ge kvinnan en möjlighet att knyta an till barnet och att bli en god förälder till det, samtidigt som de inte kan äventyra barnets utveckling och utsätta det för fara.

**TABELL 25.**

Omhändertagande av barnet i samband med förlossningen.

	Antal kvinnor	Procent
Omhändertogs	24	28
Omhändertogs inte	47	54
Framgår ej	16	18
Totalt	87	100

Källa: SiS.

När vi läst aktmaterialet har vi också gjort anteckningar om vårdnadsfrågan i samband med förlossningen. Det går inte att ge en exakt definition av "i samband med" förlossningen men det handlar om att sociala myndigheter gjort ett ingripande direkt eller inom någon vecka. Sedan vet vi att flera av barnen placerats i fosterhem eller hos släktingar vid ett senare tillfälle. Ett omhändertagande innebär här någon form av ingripande med syfte att skydda barnet, vanligast i form av att barnet placeras i fosterfamilj, jourhem eller hos släktingar. Som framgår av tabell 25 gjordes ett omhändertagande mer eller mindre direkt i knappt 30 procent av fallen. I nästan 20 procent av ärendena framgick inte detta, så andelen omhändertaganden kan mycket väl vara högre. Av materialet framgår att ett antal barn har omhändertagits vid ett senare tillfälle, till exempel efter någon månad.

Även här finns det likartade uppgifter från Norge. På grundval av en enkät till socialtjänsten framkom det att kvinnan förlorade vårdnaden om barnet i 41 procent av fallen (Lundeberg med flera 2010). Av 27 barn som hade fötts efter att deras mamma tvångsvårdats vid Borgestadskliniken 2006–2008 hade *barnevernet* (barnavårdsmyndigheterna/socialtjänsten) omhändertagit 8 barn, det vill säga drygt en tredjedel. Med reservation för att andelen omhändertaganden i vårt fall kan vara högre så verkar andelen vara relativt likartad mellan LVM-vården och i den norska tvångsvården för gravida – barnen omhändertas i samband med förlossningen i 30–40 procent av fallen.

Vad händer så med kvinnan efter förlossningen? I tabell 26 presenteras vad kvinnorna som fick barn skrevs ut till, enligt KIA. I tabellen ingår endast kvinnor som var inskrivna på institutionen eller som vårdades i öppnare former enligt 27 § LVM när barnet föddes (totalt 74 fall). Kvinnor som redan var utskrivna när barnet föddes är alltså exkluderade.

**TABELL 26.**

Vad kvinnorna som fick barn under placeringen skrevs ut till.

	Antal gravida som fick barn under placeringen	Procent
Eget boende	17	23
Fortsatt vård enligt SoL på institutionen	4	5
Fortsatt vård: HVB, familjehem, sjukhem/särskild boendeform, eftervård, annan vård/stöd <sup>a</sup>	46	62
Annat <sup>b</sup>	7	10
Totalt	74	100

<sup>a</sup> Inackorderingshem, träningslägenhet, stödboende, sjukhus, psykiatrisk vård.

<sup>b</sup> Avviken vid utskrivning, husvagn/tält, bostadslöshet, boende hos släkting/vänner, vet ej, annat.

Källa: SiS.

I drygt 60 procent av fallen skrivs kvinnan ut till fortsatt vård – oftast till ett mamma-barnhem eller annat HVB, till ett familjehem eller annan vård- eller stödform. I en handfull fall fortsätter kvinnan att vårdas på institutionen under frivilliga former, men då utan barnet. I ett av fem fall skrivs kvinnan ut till eget boende.

Av 27 kvinnor som fick barn efter att ha vårdats på Borgestadkliniken under 2006–2008 fortsatte 16 kvinnor att vårdas i frivilliga former, vid kliniken eller på annan vårdinrättning (Grimstad & Kristiansen 2009). Det innebär att andelen som fortsätter att vårdas i frivilliga former är densamma i vår studie som i Borgestadklinikens studie, det vill säga ungefär 60 procent. I samband med utvärderingen av den norska tvångsvården gjordes en enkätundersökning bland de involverade socialsekreterarna som bland annat tillfrågades hur det hade gått för kvinnorna efteråt. Underlaget är mycket begränsat men visade att drygt hälften av kvinnorna som vårdats enligt § 6-2a gick vidare till frivillig missbruksvård eller vård/uppföljning i psykiatrin.

### Vårdtid, antal LVM och återinskrivning i LVM-vården

I tabellen nedan presenteras några uppgifter om kvinnornas vårdtid, uppdelat på om kvinnorna var inskrivna i LVM-vården vid förlossningen eller om de redan skrivits ut.

**TABELL 27.**

Vårdtid och vårdhändelser för kvinnor som fick barn efter om de var inskrivna i LVM-vården vid förlossningen eller utskrivna innan förlossningen.

	Inskrivna i LVM-vården vid förlossningen	Utskrivna innan förlossningen
Genomsnittlig nettovårdtid aktuell graviditet (minimum–maximum)	169 (36–244) <sup>a</sup>	156 (6–185)
Andel som haft minst en placering enligt 27 § LVM under det aktuella ärendet <sup>b</sup>	88 %	100 %
Totalt <sup>c</sup>	74	12

<sup>a</sup> Den maximala vårdtiden inom LVM är sex månader (cirka 180 dagar), men här ser vi att vårdtiden uppgår till hela 244 dagar. Det beror på att vi har utgått från varje enskild graviditet och räknat ihop den samlade nettovårdtiden (exklusive avvikningar) för flera ärendenummer om kvinnan var gravid (med samma barn) under flera ärenden.

<sup>b</sup> I 3 fall var inte § 27-placering relevant eftersom kvinnan var inskriven enligt SoL eller enligt 13 § LVM (som sedan inte gick över till en placering enligt 4 § LVM). För att en § 27-placering ska vara aktuell måste klienten vara inskriven enligt 4 § LVM. Andelen är alltså beräknad på de som har varit aktuella för § 27-vård (73 + 10 stycken).

<sup>c</sup> I ett fall framgick det inte om kvinnan förlöstes innan eller efter hon skrevs ut från LVM-vården, därför uppgår totalen till 86.

Vårdtiden definieras som tiden mellan inskrivning och utskrivning. Här ingår exempelvis sjukhusvistelser och vård i öppnare former utanför institutionen men inte avvikningar eller om man vistas på anstalt. För kvinnorna som fick barn under placeringen var den genomsnittliga vårdtiden knappt 170 dygn och något lägre för kvinnor som skrevs ut innan förlossningen.

Andelen som haft minst en placering enligt 27 § LVM under det aktuella ärendet är hög i båda undergrupperna: 87 respektive 100 procent. Generellt i LVM-vården vårdas 75–80 procent av klienterna enligt 27 § LVM minst en gång under sin placering (se SiS årsredovisningar). Ett fåtal av kvinnorna återkommer i LVM-vården inom ett år efter

den aktuella placeringen. De kan dock ha återkommit vid ett senare tillfälle eller vårdats frivilligt på institutionen under det första året efter utskrivningen.

### Mödrarnas sociala situation

I detta avsnitt presenteras några uppgifter om den sociala situationen för kvinnorna som fick barn. Uppgifterna rör både förhållandena vid förlossningstidpunkten och tiden innan omhändertagandet.

Av tabell 28 framgår att kvinnorna i 39 fall hade minderåriga barn sedan tidigare<sup>48</sup>. Här ingår fem kvinnor som dubbelräknats eftersom de varit gravida och fått barn vid två tillfällen i samband med LVM-vård.

**TABELL 28.**

Sociala förhållanden hos kvinnorna som fick barn i samband med placering inom LVM-vården.

	Antal	Procent
Minderåriga barn sedan tidigare	39	45
varav något barn omhändertaget eller under insatser från socialtjänsten	31	80 (av 39)
<b>Finns partner eller barnets far med i bilden?</b>		
Ja, lever ihop	40	46
Ja, men lever ej ihop	37	43
Partner nämns, men relation framgår ej	7	8
Nej	3	3
<b>Missbrukar partnern/barnets far?</b>		
Ja	66	79
Nej	7	8
Framgår ej	11	13
<b>Stadigt boende</b>		
Ja	39	45
Nej	48	55
<b>Inkomstkällor<sup>a</sup></b>		
Enbart officiella	41	47
Både officiella och inofficiella	40	46
Enbart inofficiella/framgår ej	6	7
<b>Totalt<sup>b</sup></b>	<b>87</b>	<b>100</b>

<sup>a</sup> Huvudsaklig inkomställa. Med "officiell" avses löneinkomster eller bidrag från Försäkringskassan, socialtjänsten, a-kassa eller liknande. Med "inofficiell" avses i första hand inkomster från kriminalitet eller prostitution

<sup>b</sup> Bland de graviditeter som, enligt SiS egna källor säkert, ledde till ett levandefött barn finns 82 enskilda kvinnor. Fem kvinnor har varit gravida och fått barn i samband med placering inom LVM-vården vid flera tillfällen.

<sup>48</sup> I tabell 20 redovisas antal och andel som har minderåriga barn sedan tidigare bland kvinnor som varit gravida under placering – oberoende av om de fick barn eller inte.

## Några beskrivningar av förlossningsförlopp och tiden efter förlossningen

En förlossning är i vanliga fall en tillräckligt omvälvande händelse för en kvinna och de som står runt henne. Omständigheterna runt en del av de förlossningar vi har fått ta del av har dock ibland varit ovanligt händelserika, vilket framgår nedan. Vi kommer också, för balansens skull, återge ett par exempel på förlossningar som varit relativt odramatiska.

### Avviker från sjukhuset dagen efter kejsarsnitt

Lillemor är 39 år och kommer in i LVM-vården när hon är gravid i vecka 25. Hon har haft missbruksproblem de senaste 15–20 åren och använder nu främst amfetamin som hon injicerar. Hon är hivpositiv och får ibland epileptiska anfall. Pojkvännen, tillika barnets far, sitter i fängelse. Lillemor försörjer sig med bidrag från socialtjänsten men är bostadslös. Strax efter jul, ett par månader innan hon ska föda, avviker Lillemor i samband med att hon haft möte med socialtjänsten. En och halv månad senare dyker Lillemor upp på mödravårdsmottagningen igen och läggs in på sjukhus några dagar innan hon återvänder till LVM-hemmet. Hon berättar för personalen att hon tagit amfetamin medan hon varit avviken men att hon inte tagit sina bromsmediciner. Hon och pojkvännen har vistats i en lägenhet som hon har fått tag i nära hemkommunen.

Dagen efter återvänder Lillemor och hennes kontaktperson till sjukhuset för ultraljudskontroll. Två dagar senare förlöses Lillemor med kejsarsnitt, men avviker från sjukhuset dagen efter. Hon hade då kvar en kanyl i armen eftersom de skulle kontrollera hennes blodvärden. Överläkaren på sjukhuset skriver att hon lyckades lura två vårdare som var med och att hon sedan har dykt upp ett par gånger för att försöka få bort agrafferna men åter har avvikit innan man lyckats få kontakt med henne. Man har också tyckt att hon har varit narkotikapåverkad. Barnet mår bra men har fått extra blod på grund av låga blodvärden.

Någon vecka senare återkommer Lillemor till LVM-hemmet med hjälp av polistransport. Hon är påverkad av amfetamin vid ankomsten. Lillemor berättar för personalen att hon avvek för att hennes socialsekreterare skulle komma och be henne skriva på något papper som hon inte visste vad det var. Hon åkte till pojkvännen och har även varit på tingshuset för att skaffa vigselbevis.

Lillemors önskemål är att barnet tills vidare placeras i jourhem och att hon själv får åka hem till pojkvännen och börja studera. Socialtjänsten anser att hon ska vara kvar på institutionen till dess att en ordentlig planering har gjorts upp. Lillemor blir mycket upprörd över detta och hotar med att skära upp sin mage för att få sin vilja genom. Socialsekreterarna blir oroliga och berättar om ett tidigare suicidförsök men fasthåller att hon behöver vara kvar en tid. Hon behöver dock återvända till sjukhuset för efterkontroll av snittet och läkaren vill att Lillemor får en LPT-bedömning. På väg till sjukhuset avviker Lillemor igen och efterlyses. Institutionens personal meddelar socialsekreteraren och diskuterar även möjligheten att skriva ut Lillemor, "då det kan anses att syftet med LVM-vården, som var att säkerställa fostrets liv, nu är uppnått."

Några dagar senare ringer de från sjukhuset och berättar att Lillemor varit där för att ta stygnen, men att hon gav sig av innan personalen hann kontakta polisen. Hon åter-



kommer inte till institutionen men fortsätter att ha telefonkontakt med socialtjänsten och lovar att uppsöka sjukvården om hon inte efterlyses. En månad senare skrivs hon ut från LVM-vården.

### **Förlossning i bilen på väg till sjukhuset**

Ellinor är gravid i vecka 23 när hon tas in i LVM-vården. Vid ankomsten är hon positiv på opiater och negativ på metadon. Ellinor berättar dock att hon har tagit metadon senaste dygnet och att hon ska slå sig ut från hemmet om hon inte får metadon eller om det händer hennes barn något. Hon sätts in på metadon efter samtal med barnmorska och läkare. I samband med att hon får blödningar åker Ellinor med personal till KK för undersökning. Där avviker hon men påträffas senare i centrum och transporteras tillbaka till institutionen. Under den första tiden har hon stora abstinensproblem och är hotfull mot personalen. Någon månad senare klagar Ellinor på magsmärter och vid kontroll på KK visar det sig att hon har tre minuter mellan värkarna och har öppnat sig. Hon får ligga med CTG under ett par timmar och är mycket orolig för vad som ska hända. Efter en tid avtar värkarna och läkaren beslutar att Ellinor kan åka tillbaka till LVM-hemmet. När en av personalen går iväg och ringer springer Ellinor ut genom en dörr. Polisen informeras. Efter ett par dagar återkommer Ellinor själv till LVM-hemmet tillsammans med sin pojkvän. Under tiden hon har varit borta har en spruta och en kanyl hittats på hennes rum.

Vid ett besök på mödravården försöker Ellinor avvika igen men hämtas in av personal. Vid återkomsten visar hon tecken på narkotikapåverkan och har abstinenssymptom de följande dagarna. Ellinor är orolig för framtiden, för förlossningen och för att hon ska svika sin 3-årige son.

I vecka 38 får Ellinor blödningar och åker till KK med personal från LVM-hemmet. Det är tät trafik och de blir sittande i bilkö. Ellinor lägger sig i knät på behandlingsassistenten och det blir snart tydligt att förlossningen är i gång. Chauffören försöker forcera kön men måste stanna till då personalen upptäcker att huvudet redan är ute. De ringer efter ambulans och får assistans via telefon. Behandlingsassistenten tar emot barnet, kontrollerar att det andas och lägger barnet på Ellinors mage. Ellinor är lugn och samlad under förlossningen och glad för att det gick bra. Ambulansen kommer cirka tio minuter efter att barnet fötts och åker med mor, barn och en personal till sjukhuset. Sjukhuspersonalen ringer senare till LVM-hemmet och är oroliga för att Ellinor ska ta barnet med sig från sjukhuset. Barnet ligger i kuvös och ska flyttas till prematuravdelning. Socialjouren i Ellinors hemkommun är informerade och säger att de vill avvakta med ett omhändertagande av barnet. Planen är att Ellinor ska placeras på ett mammabarnhem enligt 27 § LVM. Under tiden placeras Ellinor på en beroendevårdsenhet på sjukhuset så att hon kan upprätthålla kontakten med barnet.

En vecka senare skrivs hon ut från sjukhuset på grund av att man har hittat bomullstussar och undagömda pengar samt att hon inte lämnat urinprov på uppgjorda tider. Hon återförs till LVM-hemmet där hon ska stanna kvar ett tag medan socialtjänsten arbetar med att hitta en jourfamilj till barnet, några som kan åka till LVM-hemmet minst tre gånger per vecka för att Ellinor och barnet ska kunna ha kontakt. Barnets far ska utredas under tiden.

### Placering på mamma-barnhem efter okomplicerad förlossning

I en del fall är själva förlossningen och omständigheterna kring den relativt okomplicerade och kvinnan kan placeras tillsammans med barnet på ett mamma-barnhem eller liknande efteråt. Frågan om ett eventuellt omhändertagande av barnet finns dock ofta med i diskussionen. En vistelse i öppnare former kan innebära att kvinnan har ett förstärkt stöd under en period samt att socialtjänst och LVM-hem har en möjlighet att bedöma kvinnans återhämtning och omsorgsförmåga gentemot barnet. Som exempel finns Lotta som är gravid i vecka 30 när hon tas in för LVM-vård. Socialtjänsten har redan meddelat att de har för avsikt att omhänderta Lottas barn enligt LVU direkt efter födseln. Hon ska dock få vara tillsammans med barnet på sjukhuset, och efter BB-tiden är tanken att erbjuda mor och barn en placering på ett utredningshem. Därefter är planen att hon ska flytta till ett eget boende med vård- och stödsatser. Under ett besök hos pojkvänner tillsammans med personal förklarar pojkvänner att han vill stötta Lotta och är beredd att ta sitt ansvar som pappa. De diskuterar hur planeringen ska vara framöver.

När Lotta gått två veckor över tiden sätter förlossningen i gång. Tillsammans med personal från LVM-hemmet åker hon till sjukhus och föder efter två timmar en dotter. Förlossningen går helt utan anmärkning och både mor och barn mår bra. Efter vistelsen på BB skrivs Lotta ut till vård i öppnare form och placeras med barnet på ett mamma-barnhem för utredning. Pojkvänner, tillika barnets far, får inte vara delaktig i utredningen innan han har styrkt sin drogfrihet. I och med att Lotta har gått med på frivilliga insatser har länsrätten avslagit socialnämndens ansökan om att barnets ska omhändertas. Lottas äldre son är emellertid fortfarande omhändertagen.

Personalen på mamma-barnhemmet berömmar Lottas sätt att ta hand om barnet. Lotta ringer till kontaktpersonen på LVM-hemmet och berättar att hon har varit på barnsjukhus med barnet två gånger och varit orolig för detta. Hon kände sig skamsen då barnläkaren frågade ut henne om hennes tidigare missbruk när denne fick se hennes aktuella vistelseadress. Kontaktpersonen pekar på allt beröm hon får och Lotta tycker det känns tryggt att kunna ringa för att få stöd och prata av sig.

När LVM-tiden går ut är det klart att Lotta ska flytta till ett eget boende för ensamstående mammor och fortsätta lämna urinprov vid en öppenvårdsmottagning. Hon ska även gå i samtal med en terapeut.

## 4.3 Abort eller missfall

Som vi såg i tabell 19 vet vi att graviditeten avbröts genom abort i 35 fall och att så *sannolikt* skedde i ytterligare 5 fall. I de fall där vi vet att en abort har gjorts sker detta i genomsnitt i vecka 13. Den tidigaste aborten genomförs i vecka 6 och den senaste sker i vecka 22<sup>49</sup>. Totalt 4 aborter sker efter vecka 18 då Socialstyrelsens godkännande krävs. En av kvinnorna upplever den sena aborten som en traumatisk upplevelse. Uppgifterna i detta avsnitt bygger helt och hållet på SiS-interna källor.

<sup>49</sup> Informationen om hur långt graviditeten har kommit är ofta knapphändig så uppgifterna är behäftade med viss osäkerhet. Vi har i flertalet fall gjort estimat utifrån befintliga uppgifter.

TABELL 29.

Graviditetsvecka då aborten görs.

Graviditetsvecka	Antal	Procent
6–9	10	30
10–14	10	30
15–18	9	28
19–22	4	12
Totalt	33 <sup>a</sup>	100

<sup>a</sup> I två fall framgår inte vilken vecka aborten gjordes.

När i vårdförloppet sker aborten? I 5 fall vet vi att aborten genomfördes innan intagning. Det vill säga efter att kvinnan skrivits in i LVM-vården men innan hon anlänt till institutionen. Flertalet av aborterna genomförs under placeringen inom LVM-vården medan kvinnan i 6 fall gjorde abort efter utskrivning. Av naturliga skäl ingår de fall där kvinnan sannolikt gjort abort i denna senare kategori, eftersom det inte framgår av aktmaterialet om kvinnan faktiskt gjort abort eftersom hon redan skrivits ut.

Kvinnorna som gjort eller sannolikt gjort abort var i 27 fall gravida (eller troligen gravida) redan vid *inskrivningen* och i 21 fall gravida vid *intagningen*. I genomsnitt var kvinnorna gravida i vecka 11–12 vid inskrivningen. Mellan dessa tidpunkter har alltså 6 kvinnor redan gjort abort eller så har de helt enkelt inte tagits in i LVM-vården. I 3 fall avskrivs ärendet efter det att aborten genomförts. En mer detaljerad beskrivning av dessa ärenden finns i kapitel 5, i avsnittet om fallen som avskrevs, upphävdes eller där socialtjänsten inte gick vidare. Övriga kvinnor blev gravida under placeringen, oftast i samband med avvikning.

TABELL 30.

Vårdstatus då kvinnan gör abort.

	Antal	Procent
Abort innan intagning	5	13
Abort under placering	29	72
Abort efter utskrivning <sup>a</sup>	6	15
Totalt	40	100

<sup>a</sup> Inkluderar alla 5 fall där kvinnan sannolikt gjort abort.

Genomsnittsåldern bland kvinnorna som gjort eller troligen gjort abort är 26,3 år (varierar mellan 20 och 42 år). Flest aborter gjordes bland kvinnor som var i åldern 25–29 år (43 procent), följt av åldersgruppen 20–24 år (38 procent). Ser man till befolkningen som helhet gjordes under 2005 flest aborter i åldersgruppen 20–24 år, följt av åldersgruppen 25–29 år (Socialstyrelsen 2006)<sup>50</sup>.

<sup>50</sup> Det går inte att jämföra genomsnittsåldern mellan vår grupp och befolkningen som helhet eftersom den nationella statistiken även omfattar tonåringar som gör abort.

Drygt hälften av kvinnorna som gjorde (eller sannolikt gjorde) abort hade inte minderåriga barn sedan tidigare. En tredjedel av kvinnorna hade minst ett barn som redan var omhändertaget, men denna uppgift saknade i många fall.

I debatten kring regeringens förslag om ett fjärde kriterium för LVM-vård nämndes risken för att kvinnan i och med detta skulle motiveras att göra abort för att slippa tvångsvård. Sådana resonemang kan vi ibland hitta i aktmaterialet. Ylva väljer att fullfölja graviditeten och får sedan ett barn, men vid intaget resonerar hon så här:

*Ylva är vid intaget ledsen och vill absolut inte vara här. Hon säger att hon tänker ta abort om hon fått ett LVM på grund av sin graviditet.*

Som vi ser närmare in på i kapitel fem finns oron för barnets hälsa med i socialtjänstens, läkares och andras bedömning av vårdbehovet. En läkare skriver exempelvis att

*Mona måste komma till ett behandlingshem för att bli fri från sitt missbruk och då hon är gravid i vecka 11 är det mycket viktigt att hon är drogfri under denna period med tanke på risker för barnet.*

Kvinnorna själva kan också uttrycka ängslan och bekymmer över att fostret kan ha skadats till följd av missbruket vilket gör att de överväger abort. I vissa fall väljer dock kvinnan att fullfölja graviditeten medan andra bestämmer sig för att göra abort:

*Aborten hade varit jobbig, men hon kände att hon gjort rätt, eftersom fostret måste ha varit skadat av alla droger.*

Ibland ändrar sig kvinnan flera gånger och ett abortbeslut fattas precis innan tidsgränsen. I ett fall visade inte ultraljudsundersökningen några tecken på missbildningar, trots kvinnans oro, och hon väljer att fullfölja graviditeten. Men sedan ändrar hon sig och gör en abort i graviditetsvecka 18.

### Missfall

I 4 fall avbryts graviditeten genom missfall, och en kvinna föder ett dödfött barn sent in i graviditeten. En av kvinnorna hade en tid för abort men fick missfall innan dess.

## 4.4 Kvinnor som blivit gravida under placeringen

När vi påbörjade denna studie hade vi en något förenklad syn på begreppet "gravida inom LVM-vården". Vi såg i första hand framför oss ett antal kvinnor som var uppenbart gravida vid intagningsstidpunkten och som vi enkelt skulle kunna beskriva när det gäller graviditetsmånad, ålder, om graviditeten har spelat en roll för omhändertagandet eller inte och så vidare. Under resans gång har vi varit tvungna att komplicera bilden något. I utgångspunkten är ju graviditet en enkel variabel med två möjliga utfall: ja eller nej. Så enkelt är det inte riktigt. Vi har konfronterats med fall där kvinnan

möjlig har varit gravid, det vill säga att det endast har funnits ett mer eller mindre väl begrundat antagande i ett viktigt skede av processen, vi har haft kvinnor som visserligen varit gravida vid inskrivningen men där detta knappast varit känt av till exempel socialtjänsten eller kvinnan själv för den delen. Sedan har vi också stött på ett antal kvinnor som inte varit gravida vid inskrivnings- eller intagningsstillfället utan som har blivit gravida under själva placeringen (mellan inskrivning och utskrivning). Detta avsnitt handlar om kvinnorna som blev gravida under placeringen. Fokus i avsnittet ligger på under vilka omständigheter samt när under vårdtiden kvinnorna har blivit gravida och därför koncentrerar vi oss på de 21 fall, tillika 21 enskilda kvinnor, där kvinnorna blivit gravida efter att de *togs in*<sup>51</sup> i LVM-vården.

Genomsnittsåldern för kvinnorna är knappt 25 år – vilket är något lägre än bland de gravida i stort. En tredjedel skrevs in enligt 4 § LVM och två tredjedelar enligt 13 § LVM. Det finns annars ingen anledning att tro att dessa kvinnor utmärker sig på något speciellt sätt jämfört med andra kvinnor (i samma ålder) inom LVM-vården så vi nöjer oss med beskrivningen av ålder och lagrum. Vi konstaterar att 21 graviditeter utgör 14 procent av de 150 graviditeter som vi (sannolikt) identifierat i vår studie. Det är med andra ord inte helt ovanligt att kvinnor blir gravida efter att ha tagits in i LVM-vården.

### När under vårdtiden blev kvinnan gravid?

Det finns i princip tre omständigheter under vilka kvinnorna kan bli gravida under placeringen: om de avviker, om de vårdas i öppnare former enligt 27 § LVM eller om de är på planerade permissioner. I princip kan kvinnan även bli gravid på institutionen – genom sexuellt umgänge med besökare, medklienter eller personal. Vi har naturligtvis inte kunnat fastställa exakt när eller under vilka omständigheter kvinnorna blivit gravida. Men med detta i åtanke har vi med hjälp av journalföringen i KIA försökt härleda när kvinnan sannolikt blivit gravid och om hon under den aktuella perioden varit avviken, vårdats utanför LVM-hemmet, varit på permission eller vistats på institutionen.

**TABELL 31.**

Vårdsituation då kvinnan blivit gravid.

Vårdsituation	Antal
Avviken	12
Vård i öppnare former enligt 27 § LVM	6
Permission från LVM-hemmet	2
På LVM-hemmet	1
Totalt	21

Flertalet graviditeter under placering uppstår i samband med avvikning. Kvinnan kan vara avviken från såväl LVM-hemmet som från en § 27-placering (så kallat vårdavbrott). I 6 fall har kvinnan sannolikt blivit gravid i samband med vård i öppnare former, där

<sup>51</sup> Kvinnan kan ha varit gravid när hon skrevs in, men inte när hon togs in i LVM-vården. I några enstaka fall har inte kvinnan tagits in alls och är därför inte intressant i just detta avsnitt.

klienten kan röra sig mer fritt och ibland ha planerade hembesök eller få besök under vistelsen. I de övriga 3 fallen har kvinnan sannolikt blivit gravid i samband med planerad permission och i 1 fall blev kvinnan gravid med en medklient inne på institutionen.

Kvinnorna som blivit gravida under placeringen skrivs av naturliga skäl ut från LVM-vården, som ju pågår maximalt sex månader, innan graviditeten är fullgången och det är i utgångspunkten svårare att veta om kvinnan fick barn och vad som i så fall hände med barnet. Vi har emellertid en ganska bra bild av utfallet för dessa 21 kvinnor; 13 kvinnor gjorde (sannolikt) abort, 4 fick (sannolikt) barn, 1 fick missfall och för de övriga 3 vet vi inte hur det gick. Att abortfrekvensen är relativt hög hänger förmodligen samman med att kvinnorna befinner sig i ett tidigt skede av graviditeten då abort är en möjlighet.

I övrigt kan vi konstatera att en partner eller barnets far finns med i bilden på något sätt hos alla förutom 3 kvinnor. Av de 21 kvinnorna har 11 minderåriga barn sedan tidigare, varav 7 har barn som är omhändertagna.

### Gravid under avvikning

Tora är 28 år när hon tas in i LVM-vården en varm sommardag. Hon är negativ på alla urinprov vid intagningen och håller en låg profil på avdelningen. Det är andra gången hon omhändertas enligt LVM – förra gången var för ett drygt år sedan. Tora har en son som är tre år gammal och bor hos sina farföräldrar.

Drygt en månad efter att hon kommit till LVM-hemmet skrivs hon ut till vård i öppnare former enligt 27 § LVM. Hon ska gå i öppenvård nära hemorten tillsammans med sin pojkvän. Tora dyker aldrig upp på öppenvårdsmottagningen men ringer dit och berättar att hon tagit ett återfall. Tre veckor senare är Tora åter på LVM-hemmet efter en natt i häktet. Hon är positiv på bensodiazepiner och berättar att hon har med sig amfetamin. Hon har problem med magont och svimningar men mår efter ett tag bättre.

En dryg månad senare avviker hon från LVM-hemmets personal på en inköpsrun-da. Under avvikningen har Tora kontakt med sin familj som ska försöka få henne att återvända. Efter sex veckor återvänder hon självmant till LVM-hemmet och är positiv på såväl amfetamin, bensodiazepiner, ecstasy som annat. Tora berättar själv att det har blivit mycket droger de senaste veckorna. Några veckor senare ber hon själv om att få lämna urinprov och det upptäcks att hon är gravid. Tora vill inte prata så mycket om detta men bestämmer sig så småningom för att göra abort. Ungefär en och en halv månad efter att hon återvände åker Tora med personal till sjukhuset för att genomföra aborten.

Även Josefine, som är 21 år när hon tas in i LVM-vården, avviker från LVM-hemmet. I Josefines fall är avvikningen emellertid något mer dramatisk eftersom hon och två medklienter genom hot och våld tilltvingat sig nycklar från en behandlingsassistent. Några dagar senare ringer Josefines mor och berättar att hon hört att Josefine setts i Västerås och att hon är rädd för att dottern återfallit i missbruk. Det tar emellertid två månader innan Josefine återfinns och transporteras tillbaka till LVM-hemmet. Vid ankomsten tas sedvanliga drogtestar som visar positivt på bensodiazepiner. Hon har träffat sin pojkvän som varit på permission från anstalten han sitter på och hon miss-

tänker att hon är gravid. Efter att graviditeten konstaterats kontaktar sjuksköterskan på LVM-hemmet mödravården för att boka en tid åt Josefine, men Josefine har redan bestämt sig för att behålla barnet.

Ungefär fyra månader ut i LVM-perioden flyttar Josefine till kollektivboendet enligt 27 § LVM. Men eftersom hon inte håller sig till den uppgjorda planeringen avbryts vården i öppnare former och hon är kvar på LVM-hemmet till hennes LVM går ut. Av ett senare ärende framgår att hon fick en son några månader efter att hon skrevs ut. När hon återkommer till LVM-åren några år senare pågår en utredning angående vården om sonen.

### **Gravid under vård i öppnare former**

Gunvor är en ung kvinna som började dricka alkohol vid tolv års ålder och är i dag blandmissbrukare som främst använder heroin, amfetamin och bensodiazepiner. Hon är bostadslös men bor ibland hos sin mor. Hon har ett par tidigare vårdtillfällen bakom sig, men inte fullföljt någon längre tid.

Efter att ha vistats på intagningsavdelningen några veckor flyttar Gunvor ut på en öppnare avdelning. Hon framför önskemål om att få besök av sin före detta pojkvän. Efter en avvikning och ett återfall inne på institutionen faller Gunvor mer till ro och hon börjar förbereda sig på vård i öppnare former. Så småningom placeras Gunvor på Vikbohemmet, där hon också kan arbeta med djur. Knappt två månader senare ringer man från Vikbohemmet och meddelar att de inte kan ha Gunvor hos sig längre eftersom hon lämnat ett positivt drogtest. Gunvor återförs till LVM-hemmet där det uppdagats att Gunvor är gravid i åttonde veckan – hon har alltså blivit gravid under vistelsen på Vikbohemmet. Efter kontroll på MVC bestämmer sig Gunvor för att göra abort. Aborten genomförs två veckor innan Gunvor skrivs ut från LVM-vården. Hon önskar inte att återvända till Vikbohemmet efter utskrivningen.

## 5. Socialnämndens och länsrättens hantering av gravida missbrukare

Enligt Perselli (1998) har det genom åren utvecklats en praxis kring gravida och LVM, när utredningar och lagstiftare inte kunnat formulera en tydlig politik på området. Han utvecklar dock inte riktigt hur denna praxis ser ut. Vår utgångspunkt är att en känd graviditet förmodligen påverkar beredandet av vård enligt LVM på något sätt – utan att vi kan beskriva exakt *på vilket sätt*. Socialstyrelsens rapport, där man studerat ett 30-tal LVM-domar som rör gravida under åren 2004–2006, framhåller att LVM i huvudsak används på samma sätt för gravida som för icke gravida kvinnor. ”Men i två mål har risken för både fostret och kvinnan beaktats. I tre mål beaktar domstolen risken för skador på fostret vid bedömningen av om vård kan ges på frivillig väg. I två mål hänvisar rätten till vad socialutskottet anfört 1981/82 om tillämpningen av LVM när kvinnan är gravid. I ett fall hänvisar rätten till risken att en närstående skadas. Det är dock inte klart om rätten därmed avser fostret” (Socialstyrelsen 2007a, sidan 26).

I detta kapitel ska vi fokusera på det faktiska myndighetsutövandet i de fall där gravida kvinnor aktualiserats för LVM-vård. De mål som Socialstyrelsen granskat ingår också i vår studie men vårt underlag är alltså större och vi har, i motsättning till Socialstyrelsens studie, inte sorterat bort omedelbara omhändertaganden eller fall där det inte framgick om kvinnan var gravid i LVM- domen. Det ska samtidigt påpekas att den praxis vi studerar gäller kvinnor som blivit inskrivna på SiS – vi har inte kunnat följa de fall där gravida eventuellt anmälts till socialtjänsten och utretts men där ärendet inte gått vidare. I kapitlet kommer vi att koncentrera oss på socialtjänstens utredningar och länsrättens (i enstaka fall kammarrättens) beslut och domar. Dessa dokument finns i klientakterna på institutionerna. Av naturliga skäl handlar det också om kvinnor vars graviditet varit känd redan i anslutning till inskrivningen. Det betyder också att det kan vara intressant i sig om vi vet att graviditeten är känd men att frågan *inte* omnämns i utredningar och/eller domar.

Socialnämndens underlag som lämnas i samband med ett omedelbart omhändertagande är oftast ganska knapphändig eftersom det måste underställas länsrätten senast dagen efter. Om socialnämnden sedan (eller från början) ansöker om planerad vård enligt 4 § LVM är underlaget oftast fylligare och kan kompletteras med utlåtanden och uttalanden från andra aktörer (läkare, anhöriga med flera). Ofta håller man muntliga förhandlingar där klienten, tillsammans med ett offentligt biträde, får bemöta de argument som socialnämnden har och argumentera för att tvångsvård inte är nödvändigt.



I vårt material ingår oftast ett beslut och en dom i varje ärende: ett beslut som fastställer (eller upphäver) det omedelbara omhändertagandet och en dom som rör ansökan om beredande av vård enligt 4 § LVM. Domarna från länsrätterna är oftast uppbyggda på följande vis: man refererar socialnämndens viktigaste argument och citerar gärna valda delar av utredningen ordagrant. Sedan refereras det som klienten framfört som sina huvudargument i rätten. Slutligen gör länsrätten en sammanfattande analys och fattar ett beslut som kort motiveras. Skillnaden mellan sammanfattande analys och beslutsmotivering är inte alltid helt tydlig. Vi har dock noterat att länsrättsdomen ofta innehåller en hänvisning till graviditeten om socialtjänsten nämnt detta, åtminstone när socialnämndens utredning refereras. Det är emellertid inte säkert att länsrätten tar upp frågan explicit när den gör sin analys eller motiverar sitt beslut. Men, som vi ska se, finns det exempel på att rätten tydligt anför graviditeten som skäl. Det finns dock även exempel på att länsrätten avvisar graviditet som en grund för LVM.

I tabell 32 redovisas en sammanställning av vårt material med hänsyn till om graviditeten nämns av socialnämnd respektive länsrätt eller kammarrätt. Vi utgår då bara från kvinnor där graviditeten varit känd i anslutning till att de aktualiserats inom LVM-vården.

**TABELL 32.**

Omnämmande av graviditeten i socialnämndens underlag eller i länsrättsbeslut eller -domar rörande kvinnor som var gravida vid inskrivning.

Omnämmande av graviditeten	Andel
Nämns av socialnämnden <sup>a</sup>	88 %
Nämns av länsrätten <sup>b</sup>	86 %
Nämns av kammarrätten <sup>c</sup>	10 av 18
Totalt	125 <sup>d</sup>

<sup>a</sup> I 3 fall saknas underlaget från socialnämnden i akten.

<sup>b</sup> I 2 fall är kvinnan placerad enligt SoL och någon dom finns alltså inte. Andelen gäller antingen omnämmande i beslutet om ett omedelbart omhändertagande eller domen enligt 4 § LVM.

<sup>c</sup> I 18 av fallen överklagas beslut om tvångsvård till kammarrätten. I tio fall nämns graviditeten på något sätt (i ett fall skrivs kvinnan ut innan det blir förhandling i kammarrätten och i ett fall saknas domen i akten).

<sup>d</sup> Inkluderar bara de som faktiskt var gravida vid inskrivning, inte fyra fall där kvinnan sannolikt var gravid vid inskrivning.

Bland kvinnorna som var gravida vid inskrivningen har graviditetsfrågan nämnts på ett eller annat sätt av socialnämnd eller länsrätt i så gott som samtliga fall. Här ingår också kvinnor som knappt känt till graviditeten själva vid inskrivningstidpunkten, så andelen omnämmanden bland de kvinnor där graviditeten dessutom är känd torde vara ännu högre. Med andra ord: om socialnämnden känner till graviditeten, så nämns den. I det följande ska vi gå närmare in på hur och på vilket sätt graviditeten nämns och vilken betydelse den får.

## 5.1 Gravitetens relevans och betydelse – de viktigaste argumenten

Som nämndes i kapitel 1 har det i olika utredningar genom åren funnits en del återkommande argument för att en graviditet kan ha relevans och betydelse för hur man vårdar en kvinna som har ett missbruk. Återkommande argument har varit att ett fortgående missbruk under graviditet i sig kan vara ett tecken på hur allvarligt missbruket är och därmed hur stort vårdbehov kvinnan har, att det finns en stor risk för barnets hälsa om missbruket får fortsätta, eller att kvinnans hälsa äventyras om hon fortsätter att missbruka under graviditeten. Nedan visar vi några exempel på hur precis dessa argument anförts i de fall vi har studerat samt andra argument eller hänsyn som ofta använts.

### Ett tecken på missbrukets dignitet

Ett argument som har återkommit i utredningar och debatten kring gravida och riskbruk eller missbruk är att "otillbörlig" användning av alkohol och narkotika under graviditeten i sig kan ses som ett tecken på att det faktiskt handlar om ett missbruk och ett allvarligt sådant. Vi har i vårt material hittat exempel på sådana resonemang, att ett fortsatt missbruk under graviditet är ett ganska tydligt bevis på att det handlar om ett *allvarligt* missbruk:

*Att vara i ett fortgående missbruk under en graviditet måste ses som ett tecken på att Gina förlorat kontrollen över sitt narkotikamissbruk och att hon måste ha vård för sitt missbruk.*

I ett av fallen vi har studerat, hade socialtjänsten först kännedom om ett pågående missbruk två och ett halvt år tidigare. I april det aktuella året visade Siri positiva prov på amfetamin och metaamfetamin. Flera månader senare framkom det att hon var misstänkt för ringa narkotikabrott, och det kom även in en anonym anmälan om att Siri var gravid och missbrukade narkotika. Samma dag inleds en utredning enligt 7 § LVM eftersom "hon befaras ha förlorat kontrollen över missbruket". Uppdraget från socialnämnden till LVM-vården formuleras sedan så här:

*Hon är gravid i 8:e månaden och ska vara drogfri tills hon får sitt barn.*

I ett läkarutlåtande rörande Ronja framgår det att hon tidigare varit i ett subutexprogram medan hon var gravid, men att hon då "valde bort sitt barn för att fortsätta missbruka". Även detta kan läsas som ett argument om missbrukets dignitet.

### Faran för fostrets hälsa och barnets framtida situation

Våldsindikationen, eller det som ibland kallas närståendeskyddet (det vill säga risken för att allvarligt skada sig själv eller någon närstående), i LVM omfattar som nämnt inte ett ofött barn. Trots detta finns flera exempel i vårt material på att hänsynen till fostrets hälsa och det väntade barnets framtid är en tydlig del av argumentationen i samband

LVM-omhändertagandet. Ibland är det enbart fostrets liv och hälsa som framhålls men ofta argumenterar man, som i Ginas fall, *både* med hänsyn till kvinnan *och* till barnet:

*Gina utsätter både sin fysiska hälsa och barnets både fysiska och psykiska hälsa [vår uthäving] för allvarliga följder av missbruket. Eftersom hon inte helt frivilligt går med på den omedelbara vården och utsätter sitt barn för allvarlig fara, är vård enligt LVM aktuellt.*

När Siri fortsätter att injicera heroin trots att hon är gravid, är det dels ett tecken på förlopad kontroll, dels ett tecken på att "hon inte inser att den miljö hon vistas i är olämplig för ett barn". Vidare hänvisar socialnämnden till ett läkarintyg som gör gällande att det "föreligger en ökad risk för Siris och fostrets hälsa vid aktivt drogmissbruk".

Det aktuella läkarintyget gör dock gällande att det inte föreligger en "omedelbar fara för Siris liv och foster", men det påpekas att hon bör följas upp av MVC och socialtjänsten – och om aktivt drogmissbruk förekommer "så uppstår genast ökad risk för Siris hälsa och därmed ökad risk för fostret". Det finns alltså en viss nyansskillnad mellan socialtjänstens och läkarens beskrivningar i Siris fall.

Ronja är positiv på amfetamin, bensodiazepiner, opiater och cannabis när hon läggs in för avgiftning. Sjukhuspersonalen gör bedömningen att "Ronja behöver omhändertas enligt LVM för att kunna klara av drogfrihet under graviditeten". Några veckor senare görs ett omedelbart omhändertagande, "utifrån denna information samt den bild [socialnämnden] fått över Ronjas missbruk efter att hon fått veta att hon är gravid". Beslutet motiveras så här:

*Eftersom Ronja är gravid bedömer vi att frivilliga insatser för närvarande ej är tillräckliga utan att hon är i behov av vård enligt 4 § p.1 och 2 LVM.*

Felicia har, enligt socialnämnden, använt en mängd olika droger sedan tidiga tonåren och har sedan cirka ett år tillbaka missbrukat heroin. Hon är gravid och trots graviditeten har hon fortsatt med sitt missbruk. Detta medför betydande risker *både* för hennes själ *och* fostret:

*Om tre månader ska Felicia bli förälder och ett återfall i missbruk medför betydande risker både för henne och barnet.*

I en polisrapport som finns med i underlaget framgår det att "Felicia förefaller vara en omogen flicka som helt saknar insikt i sitt beroende. Hon förefaller ej ha någon känsla för sitt ofödda barn med tanke på det uttalande hon gör då hon konfronterades med beslutet om att hon är omhändertagen enligt LVM. Utan det hon hela tiden upprepar är att hon vill ej bli inlåst för att det är så fint väder samt att hon vill ej vara utan sin pojkvän". När länsrätten ska fastställa det omedelbara omhändertagandet sammanfattas socialnämndens underlag så här:

*Nämnden ser mycket allvarligt på Felicias situation och nämndens inställning är att hon behöver en längre tids vård och behandling för sitt missbruk och för att klara av att ta hand om sitt barn.*

Länsrätten tar inte direkt ställning till graviditetsfrågan men beslutar att fastställa omhändertagandet.

### Graviditeten äventyrar kvinnans hälsa

En av specialindikationerna som anges i LVM är, som nämnts, att klienten (till följd av sitt missbruk) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara. Hänvisningen till klientens hälsa finns också oftast med i såväl socialnämndens ansökan som länsrättens beslut eller dom. I detta sammanhang har vi koncentrerat oss på hur graviditeten eventuellt påverkar denna argumentation. På vilket sätt påverkar graviditeten kvinnans fysiska eller psykiska hälsa (negativt)? Hänvisningarna till hälsan är många i vårt material och kan exempelvis se ut ungefär så här:

*Genom sitt intravenösa missbruk riskerar hon sin hälsa. Att hon är gravid är en omständighet som talar för vård enligt LVM.*

*Hon utsätter sig för närvarande för ökade hälsorisker bland annat på grund av sin graviditet.*

*Siri utsätter sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara genom sitt missbruk och den miljö hon lever i – samt den särskilda påfrestning hennes graviditet innebär.*

*Det måste anses finnas en fara för att Lisbeths psykiska hälsa kan skadas om hon genom att inte kunna hejda sitt missbruk själv blir orsak till att hennes barn föds med allvarliga och oåterkalleliga skador.*

*Ett fortsatt missbruk innebär en risk för fostret och därmed att Ronja utsätter sin psykiska hälsa för fara.*

I ett fall finns en direkt hänvisning till förarbetena till LVM (se kapitel 1). När det gäller Alicia konstaterar en läkare att hon befinner sig i god kondition och att det inte föreligger några skäl för vård enligt LVM. Socialnämnden gör en annan bedömning:

*Av motiven till lagen (proposition 1987/88:147 sidan 45) framgår att man inte kan dra någon klar gräns för hur långt ett uppehåll ska vara för att fortgående missbruk inte skall anses föreligga. Missbruket måste ses i ett längre tidsperspektiv och hänsyn tas till bland annat vilken drog det är frågan om. Vidare framgår av motiven (sidan 51) att ett ofött barn inte omfattas av närståendebegreppet, men att kraven för ett omedelbart omhändertagande med hänsyn till kvinnans hälsa kan ställas något lägre vid en graviditet.*

Vi tyckte inte riktigt vi kände igen denna hänvisning och gick tillbaka till källan. Därmed kunde vi konstatera att det handlar om en felläsning eller ett missförstånd. Det står tvärtom att frågan har diskuterats flera gånger tidigare och att det inte går att ange förutsättningarna för ett tvångsingripande för fostrets del.

I den mån man anför risken för kvinnans hälsa handlar det främst om den psykiska hälsan – främst på lång sikt som en följd av de skador hon eventuellt påfört barnet. Men det finns också exempel på mer närliggande argument, som att risken för havandeskapsförgiftning ökar om man missbrukar under graviditet. I ett fall får socialtjänsten en orosanmälan från mödravårdscentralen angående en kvinna som använder hasch,

heroin samt lugnande medel under graviditeten. Enligt barnmorskan finns det också ökad risk för infektioner och andra komplikationer, såsom havandeskapsförgiftning och andra livshotande tillstånd, vid användning av narkotika under graviditet. I ett annat fall tar länsrätten fasta på det barnmorskan skrivit om risken för att moderkakan kan lossna, vilket i sin tur kan medföra kraftig blodförlust och att barnet avlider. I rättsens bedömning är det dock bara risken för blodförlust som nämns – och konklusionen är att kvinnan härigenom utsätter "sin fysiska hälsa för allvarlig fara" (vår kursivering).

### **Kvinnorna anför graviditeten som argument**

Det förekommer även att kvinnorna nämner graviditeten i sin argumentation under de muntliga förhandlingarna. Graviditeten kan vara ett argument *för* såväl som *mot* vård enligt LVM. Kattis anför exempelvis: "självklart är jag mer motiverad till frivillig vård nu när jag är gravid och bestämt mig för att behålla barnet". Madeleine, å sin sida, är orolig för att hon inte ska kunna hantera sitt missbruk och för de skador detta kan medföra för fostret. Till polis och socialtjänst nämner hon sin rädsla för att hon ska döda barnet. Vid inskrivningen på LVM-hemmet vill hon göra abort men bestämmer sig senare för att behålla barnet.

## 5.2 Socialnämndens och rättsens hantering av ärendena

En länsrättsdom består oftast av en mer eller mindre ordagrann återgivning av socialtjänstens utredning och bedömningar. Därefter följer en redovisning av klientens synpunkter och bemötande av utredningens olika fakta eller påståenden i socialnämndens ansökan. Sedan görs någon form av sammanfattning där de olika uppgifternas relevans och riktighet vägs mot varandra – och slutligen kommer länsrättens egen slutsats och eventuella motivering. Ibland ser vi att graviditeten tillmäts olika vikt av socialnämnden respektive rätten. Det kan också vara så att länsrätten trycker hårdare på frågan än socialnämnden gör. Motsatt kan länsrätten närmast ignorera frågan även om den lyfts av socialnämnden. I detta avsnitt ska vi se närmare på hur länsrätten har hanterat graviditetsfrågan, när denna har aktualiserats. Avsnittet innehåller endast exempel på beslut eller domar som *bifaller* omhändertagandet eller ansökan om vård – beslut eller domar som upphäver ett omhändertagande alternativt inte bifaller en ansökan om vård granskas i nästa avsnitt. I några fall har ärendet gått vidare till kammarrätten och graviditetsfrågan kan ha varit betydelsefull även i kammarrättens resonemang. I slutet på detta kapitel visar vi några exempel på hur socialnämnden och rätten också kan ta hänsyn till graviditeten och fostret i bedömningen av vårdtidens längd – eller när syftet med vården egentligen är uppnått.

### **Länsrätten beaktar eller förstärker graviditetsargumentet**

Bella är drygt 20 år och höggravid när hennes hemkommun först gör ett omedelbart omhändertagande och sedan ansöker om vård enligt 4 § LVM. Utredningen är mycket

omfattande och gör bland annat gällande att Bella har ett fortgående amfetaminmissbruk som medför att "hon löper en uppenbar risk att förstöra sitt unga liv". Redan när Bella var gravid i femte månaden inkom en LVM-anmälan från hennes mamma och systrar. Hon togs in till en läkarundersökning enligt 9 § LVM, men läkarutlåtandet visade då att hon var drogfri och inte uppvisade några abstinenssymptom. Det framkom att hon var i behov av vård men att behovet inte var akut och LVM-utredningen lades ned. Hon ansökte om plats på ett behandlingshem men eftersom hon väntade barn ("Bella var för långt gången i sin graviditet för en abort") kunde inte hemmet ta emot henne.

När hon nu återigen är aktuell för LVM, efter en anmälan från specialmödravården, har en ny läkarundersökning gjorts och intyget bekräftar att hon har ett amfetaminmissbruk ("okänd mängd, åtminstone en gång i veckan"). Vidare bekräftas att hon är gravid i åttonde månaden, att hon inte har något tidigare psykiskt ohälsotillstånd och ingen kontakt med beroendeklinik. Läkarens sammanfattande bedömning är att hon utsätter fostret för skada till följd av amfetaminmissbruket. "Däremot verkar det inte föreligga några somatiska problem för patienten själv av amfetaminmissbruket för närvarande". Hon har, enligt socialtjänsten, inte skött sina öppenvårdskontakter med gynekologen. "Det finns inget akut behov av inläggning på sjukhus för närvarande, men däremot [...] tät kontakt med gynekologen".

När det omedelbara omhändertagandet ska fastställas av länsrätten hänvisas det bland annat till barnmorskans utlåtande som förmedlar en oro för Bellas hälsa och att det finns en risk för att moderkakan kan lossna. Detta kan innebära att barnet avlider och att modern får en kraftig blodförlust. Länsrätten fastställer det omedelbara omhändertagandet och motiverar detta med att rättens beslut inte kan avvaktas "då det föreligger en överhängande risk för att hon kan antas få sitt *och sitt barns* hälsotillstånd allvarligt försämrat om hon inte omedelbart får vård" (vår kursivering).

Ett par veckor senare ska länsrätten ta ställning till ansökan om vård enligt 4 § LVM<sup>52</sup>. Domen är på drygt sju sidor och består av en redovisning av lagens bestämmelser, valda delar av socialnämndens utredning, läkarintyget samt utlåtandet från barnhälsovårdsläkare och barnmorska. Därutöver redovisas vad som framkommit i den muntliga förhandlingen genom Bellas offentliga biträde. Biträdet anför att det inte finns någon fara för Bellas psykiska eller fysiska hälsa eller att hon ska förstöra sitt liv. Den vård hon behöver kan ges på frivillig väg – och läkarintyget visar inga fysiska skador hos Bella. Biträdet framhåller också att "fara för fostret aldrig kan vara grund för LVM-vård av modern".

Bitrådets påpekande påverkar inte utfallet i målet, men möjligen sättet att motivera domen. Rätten konstaterar att de fysiska skadorna kanske inte är så synliga (än) men att de sociala skadeverkningarna redan är tydliga och att hon löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv.

---

<sup>52</sup> Oftast är det samma domare som hanterar både beslutet om att fastställa ett omedelbart omhändertagande och en eventuell senare ansökan om beredande av vård enligt 4 § LVM.

*Vidare framgår av utredningen att ett amfetaminmissbruk under graviditet ökar risken för att moderkakan lossnar från livmodern, vilket i sin tur innebär en risk för att Bella kan drabbas av kraftig blodförlust. Hon utsätter härigenom sin fysiska hälsa för allvarlig fara.*

Rätten är alltså noga med att endast argumentera utifrån Bellas behov, även om barnmorskans farhågor gällde både barnets liv och en eventuell blodförlust för modern. Båda refereras i domskälen men det är endast hänsynen till risken för blodförlust hos modern som tas upp i motiveringen. Bella bereds således vård enligt 4 § första stycket 1, 2 och 3 a) och b) – *inte* punkt c) som handlar om risken att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Irene är 35 år gammal och kommer till LVM-hemmet efter ett omedelbart omhändertagande. Beslutet fastställs av länsrätten som refererar till socialnämndens utredning där det framgår att sedan tidigare har ett missbruk av både alkohol och tabletter. Vidare framgår det att hon redan har fyra barn som är familjehemsplacerade och att hon under den senaste tiden varit berusad när hon haft umgänge med barnen. Nu har det dessutom framkommit att Irene är gravid och att hon inte har någon kontakt med mödravården. Socialnämnden framför att

*... hon utsätter det ofödda barnet för allvarlig fara för dess liv. Hennes två äldsta barn har handikapp som kan härledas till att det finns alkoholskador.*

I den muntliga förhandlingen samtycker Irene till att det underställda beslutet fastställs, men hon anför att konsumtionen av alkohol och tabletter inte är så omfattande att det ska betecknas som missbruk. Hon önskar att eventuell fortsatt vård ska ske i frivillig form. Länsrätten fastställer beslutet och grundar detta på att det är sannolikt att Irene kan beredas vård enligt LVM och att beslutet inte kan avvakta

*... på grund av att hon kan antas få sitt och sitt ofödda barns hälsotillstånd allvarligt försämrat om hon inte får omedelbar vård [vår uthävning].*

Ansökan om vård enligt 4 § LVM får sedan bifall och i bedömningen nämns att hon har ett fortgående missbruk (man visar bland annat till läkarintyg om förhöjda CDT-värden).

*Vidare framgår att hon till följd av missbruket utsätter sin och sitt ofödda barns fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara.*

Att Irene själv anser att vården kan genomföras i frivilliga former ifrågasätts och slutligen pekar rätten på nödvändigheten av att "vården kan genomföras särskilt med beaktande av de mycket negativa konsekvenser alkoholintag har på ett foster". Att hänsynen till fostret spelat roll är tydligt, och argumentet har snarare fått förstärkt betydelse från den första till den andra prövningen.

Vanja är en 36-årig kvinna som omhändertas för första gången enligt LVM när hon är gravid i åttonde månaden. I domen som fastställer det omedelbara omhändertagandet refereras socialnämndens motivering; Vanja har länge varit aktuell inom socialtjänsten på grund av omfattande missbruk av alkohol och narkotika. Nyligen inkom en anmälan från Vanjas mor om att hon missbrukar trots sin graviditet. Försök har gjorts att få henne att avbryta missbruket men det har inte lyckats. Hon har nu placerats för avgiftning "av henne och fostret". Vanja själv uppger till rätten att hon medger det omedelbara omhändertagandet och är beredd att vara placerad fram till att barnet fötts. Som skäl för beslutet att fastställa omhändertagandet anför länsrätten att hon har ett fortgående missbruk och att hon till följd av detta utsätter sin hälsa för psykisk och fysisk skada. Dessutom anser rätten att

*... då hon är gravid i vecka 32 finns dessutom överhängande risk för att hon utsätter fostret för skada.*

I den senare domen rörande beredande av vård enligt 4 § LVM förs ett ganska långt resonemang om lagstiftningen och "frågan om hur LVM bör tillämpas beträffande gravida kvinnor med allvarliga missbruksproblem". Domen tar upp att denna fråga har "behandlats i olika sammanhang och utredningar". Sedan följer ett utdrag från Socialutskottets betänkande 1981/82 (se kapitel 1) – där skrivningen om att missbruk under graviditet knappast är "ett normalt beteende hos en gravid kvinna" finns med. Därefter finns ett utdrag från delbetänkandet *Skydd för det väntade barnet*, SOU 1987:11. I detta nämns bland annat hänvisningen till att en kvinna som fortsätter att missbruka under graviditet troligen är i trängande behov av vård.

Sedan refereras socialnämndens utredning och yrkanden. Nämnden anför vid den muntliga förhandlingen att om Vanja inte varit gravid så skulle hon likväl bedömts uppvisa ett socialt nedbrytande beteende som grundat ett vårdbehov. Men nämnden anför också att Vanja saknar insikt i vad missbruket gör med henne och hennes foster – och att deras avsikt är att hon

*... i vart fall måste tvångsvårdas fram tills barnet är fött.*

Vanja bestrider att hon har ett så omfattande missbruk. Vidare menar hon att hon inte löper någon vidare risk för skada i nuläget utan först om en månad då det kan visa sig att barnet föds med skador. Hon kan tänka sig frivillig vård och anser att det är "orealistiskt att hon skulle missbruka den sista månaden fram till barnets nedkomst".

Rättens bedömning är att Vanja *har* ett fortgående missbruk som bland annat lett till att hennes dotter har omhändertagits. Hon har de senaste månaderna haft tre återfall, trots sin graviditet, varav två har varit av mycket allvarliga.

*Av läkarutlåtande framgår vidare att Vanja riskerar att utsätta sitt foster för skada till följd av sitt missbruk. Vanja har både under graviditeten och tidigare visat att hon är maktlös inför sitt missbruk och att hon inte förmår sätta stopp för det av egen kraft. [...] Om även nästa barn måste omhändertas till följd av hennes missbruk finns, enligt länsrättens mening, en uppenbar risk att*



*Vanja även till följd av detta utsätts för psykisk skada, och detta oavsett om barnet är behäftat med någon skada.*

Nämndens ansökan får bifall.

Det sista exemplet vi tar med under denna punkt är Kattis. Hon är gravid i vecka 14 ungefär och har missbrukat narkotika från och till de senaste fem åren. Hon och pojkvännen har ansökt om bistånd till parbehandling för missbruk eftersom de tycker det är viktigt att de får vara tillsammans medan de väntar barn. När det omedelbara omhändertagandet av Kattis ska fastställas av länsrätten, anför socialnämnden att Kattis nu i första hand måste "förvissa sig om att hon inte utsätter sitt väntade barn för allvarlig fara genom missbruk". Under kontakten med socialtjänsten har hon framhållit vikten av att hålla sig drogfri under graviditeten och har under den senaste veckan nämnt att hon bestämt sig för att göra abort.

*När ingreppet eventuellt kommer att genomföras är oklart. Dock är hon alltjämt gravid och hennes missbruk fortgår.*

Kattis och hennes ombud motsätter sig omhändertagandet och betonar att hon själv sökt hjälp för sitt amfetaminmissbruk – som inte är av den omfattningen att LVM är relevant.

*Såvitt kan utläsas av utredningen, har det omedelbara omhändertagandet initierats på grund av Kattis graviditet och faran för fostrets hälsa och utveckling. Om hon inte hade varit gravid, hade ett ingripande med stöd av LVM inte aktualiserats. Kattis har beslutat sig för abort och den [datum] har hon tid för läkarbesök inför aborten. Den del av grunden för omhändertagande, som motiveras av graviditeten, bortfaller därmed.*

Kattis själv är alltså övertygad om att omhändertagandet är motiverat av graviditeten och att den grunden snart inte kommer att finnas.

I skäl för beslutet hänvisar domen till ett läkarintyg som finns med i underlaget som vid det laget är ungefär två månader gammalt. Där framgår det att hon är gravid i vecka 5 "och har uppgett att hon avser att fullfölja graviditeten". Vidare framgår det att hon då lades in för avgiftning med anledning av graviditeten, men skrev ut sig samma kväll på grund av hemlängtan. Hon uppfattades inte som motiverad att fullfölja avgiftningen "ens med hänsyn till barnets hälsa". Läkarens konklusion är klar:

*Det är ytterst angeläget att Kattis snarast återförs till avgiftningsenheten och därefter erbjuds uppföljning som säkerställer drogfrihet under resterande del av graviditeten.*

Rätten går inte explicit in på graviditeten betydelse eller i svaromål på Kattis påpekande om den "egentliga" orsaken till omhändertagande. I stället får läkarintyget tala för sig självt – och rätten kan bara konkludera med att det mot bakgrund av det som

framkommit i målet är sannolikt att hon kan beredas vård, och att Kattis hälsotillstånd kan antas bli allvarligt försämrat om hon inte får omedelbar vård.

Socialnämnden går vidare och ansöker om planerad LVM-vård. I domen refereras först vad socialnämnden anfört i sin ansökan samt i den muntliga förhandlingen – där man trycker på att hon är en ung kvinna som ännu inte etablerat sig i samhället och som riskerar sin sociala förankring om missbruket fortsätter.

*Dessutom föreligger en fara för att Kattis egen psykiska hälsa skadas allvarligt om hon genom att inte kunna hejda sitt missbruk själv blir orsak till att hennes barn föds med allvarliga och oåterkalleliga skador.*

Formuleringen känner vi väl igen från socialutskottets resonemang (se kapitel 1). Socialnämndens konklusion är att vården "absolut" måste genomföras och "den får inte avbrytas i förtid".

I den muntliga förhandlingen förklarar Kattis att hon avvek från det förra behandlingshemmet för att hon ville göra abort. "Hon trodde att om hon inte längre var gravid så fanns det inte någon grund för ett LVM-ingripande". Vid förhandlingen framkommer att hon nu bestämt sig för att behålla barnet och därför nu är motiverad för behandling i frivilliga former.

Rättens sammantagna bedömning är att Kattis har ett fortgående missbruk av narkotika och att hon utsätter sin fysiska och psykiska hälsa "för fara" på grund av detta.

*Vid bedömning av faran för den egna psykiska hälsan beaktar länsrätten även att Kattis, trots sin graviditet, fortsatt att använda amfetamin och därigenom utsatt det ofödda barnet för stora risker att skadas.*

Därutöver anför man att hon löper en uppenbar risk för att förstöra sitt liv utifrån sina levnadsförhållanden och avsaknad av såväl utbildning som arbete. Rätten bedömer att Kattis har ett i förhållande till åldern långvarigt missbruk och "med hänsyn härtill och till Kattis nuvarande situation krävs snabba och kraftfulla insatser för att bryta den ogynnsamma utvecklingen". Även om Kattis förklarat att hon vill genomgå vård och att hon känner större motivation på grund av graviditeten, "anser länsrätten att hon för närvarande saknar den styrka som krävs för att säkerställa att den nödvändiga vården fullföljs på frivillig väg". Ansökan om vård får alltså bifall.

Som vi ser använder rätten hänsyn till Kattis egen psykiska hälsa som en viktig motivering. Sedan återfinns graviditeten mellan raderna när rätten beskriver hennes "nuvarande situation" och i bedömningen av att hon saknar styrkan att fullfölja "den nödvändiga vården". Vi förstår att den nödvändiga vården ligger nära det som framkommit i ett tidigare läkarintyg (något läkarintyg nämns inte i denna dom, men domaren är densamma som hade hand om fastställande av det omedelbara omhändertagandet): att Kattis får en vård som "säkerställer drogfrihet under resterande del av graviditeten".

### Graviditeten refereras men tonas ned i länsrätten

Marta är en snart 40-årig kvinna som är gravid i fjärde till femte månaden. När länsrätten ska fastställa det omedelbara omhändertagandet hänvisar man bland annat till ett läkarutlåtande från psykiatrin som anför att hon har ett mångårigt missbruk av alkohol och narkotika, att hon har hepatit C, att hon är psykiskt nedgången och fysiskt väldigt sliten. Därutöver är Marta gravid, troligen i vecka 15. Under graviditeten har hon fortsatt att missbruka och har hållit sig borta från såväl psykiatrin som socialtjänsten – ”och därmed riskerat både sin egen och fostrets psykiska och fysiska hälsa”. Länsrätten fastställer det omedelbara omhändertagandet med följande motivering: ”Såvitt framgår av handlingarna i målet är Martas situation prekär och det är utomordentligt angeläget att hon omedelbart och utan vidare dröjsmål kommer under behandling”. Länsrätten nämner alltså inte själv graviditeten men påpekar att situationen är ”prekär” (ett ord som *inte* används i läkarutlåtandet som det refereras till) och att det är ”utomordentligt” angeläget att hon kommer under vård (läkarens formulering är – som korrekt återgivits i domen – att hon ”omgående måste komma under säkerställd behandling”).

När socialnämnden går vidare och ansöker om vård enligt 4 § LVM refereras det nämnda läkarutlåtandet, en polisanmälan socialtjänstens utredning samt vad Marta själv har anfört i den muntliga förhandlingen.

Graviditeten är central i läkarutlåtandet och detta nämns också i domen. Anmälan från polisen uppger att hon påträffats hos sin före detta fästman, ”som är far till hennes väntade barn”. Socialtjänstens utredning är relativt omfattande och graviditeten har ganska stort fokus. Socialnämndens slutliga bedömning är att Marta är i mycket dåligt skick och ”därför inte orkar ta hänsyn till att hon är gravid utan fortsätter att missbruka på ett destruktivt sätt som äventyrar både hennes och fostrets liv och hälsa”. När länsrätten ska sammanfatta socialnämndens fylliga utredning blir det mycket kortfattat och fokus är enbart på socialtjänstens bedömning av att frivillig behandling av angivna anledningar inte är realistisk.

I den muntliga förhandlingen bemöter Marta flera av punkterna i underlaget och bestrider delvis deras korrekthet. Hon nämner också graviditeten, men då endast som en förklaring till varför hon inte mått så bra vid läkarbesöket.

Både i läkarutlåtandet och i socialnämndens utredning har graviditeten stort utrymme. Men när socialtjänstens utredning refereras i domen finns denna fråga inte omnämnd. I länsrättens sammanfattande bedömning är språket också något mer ”dämpat” och man väljer att fokusera på det som är ”juridiskt gångbart” i sammanhanget, nämligen hennes fortgående missbruk, risken att utsätta sig för allvarlig fara, behovet av vård och att vården inte kan ges på frivillig väg. Ansökan får således bifall, men inte primärt på grund av graviditeten.

### Graviditeten konstateras utan tydligt ställningstagande

Det är lätt hänt när man granskar aktmaterialet att fastna i det som är speciellt eller anmärkningsvärt på olika sätt. Det är dessa exempel vi i första hand har beskrivit ovan. Samtidigt är det viktigt att också påpeka att graviditetsfrågan ofta tas upp i form av ett

sorts konstaterande mer än som en "fråga". Martas fall ovan skulle också kunna ses som ett exempel på att graviditeten konstateras utan tydligt ställningstagande, men det fanns ändå en tydlig bortsortering av informationen i länsrättsdomen som vi bedömde var värd att lyfta fram.

Astrid är gravid i andra månaden när hon får ett omedelbart omhändertagande. Graviditeten nämns inte i underlaget från socialtjänsten, i läkarutlåtandet eller av länsrätten i domen som fastställer omhändertagandet. Socialnämnden går vidare med ansökan om vård enligt 4 § LVM – med hänvisning till att Astrid utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara. När länsrätten sedan ska ta ställning till ansökan om vård enligt 4 § LVM, refererar rätten till socialtjänstens argument om att graviditeten innebär ett än större ansvar för såväl Astrid som för socialtjänsten. I den muntliga förhandlingen har Astrid framfört att det finns ett läkarutlåtande som säger att hon uppvisar normala värden, vilket länsrätten anser "ger stöd för att hon inte konsumerat alkohol på ett sådant sätt som nämnden gör gällande". I länsrättens egen motivering tas inte graviditetsfrågan upp utan man avvisar att ett omhändertagande enligt 4 § LVM, första stycket, är relevant. I stället bereds Astrid vård enligt 4 § LVM, *andra* stycket<sup>53</sup>, att hon löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv.

I Ingrid's fall avskrivs *inte* LVM efter att hon gjort abort. Ingrid är gravid i femte månaden och gör abort mellan inskrivningen och intagningen. Socialnämnden väljer dock att gå vidare med en ansökan om planerad vård. Länsrätten hänvisar till det socialtjänsten skriver om detta, i både beslutet om att fastställa det omedelbara omhändertagandet och domen rörande vård enligt 4 § LVM, men de tar själva inte upp frågan i sin motivering<sup>54</sup>. Ingrid skrivs ut efter fyra månader på grund av övergång till kontraktsvård. Det finns, vad vi kan se, ingen tydlig koppling mellan graviditetsfrågan och utskrivningen "i förtid".

I underlaget till länsrätten angående Olivia finns det ett utlåtande från en psykoterapeut på ett behandlingshem där Olivia vistats frivilligt och som hon avvikit från:

*Situationen är ytterst allvarlig. Olivia löper stor risk att åter bli misshandlad och framför allt att mycket snabbt falla mycket djupt i missbruk där hon kommer att fara mycket illa. Jag erinrar om att det inte var länge sedan hon tog en överdos. Men vad som är än värre är att hon kommer att skada det foster hon bär på. Och så länge hon är tillsammans med honom kommer hon inte att kunna självständigt ta ställning till sin graviditet. Båda är synnerligen olämpliga som föräldrar.*

I socialtjänstens eget PM är tonen mer neutral. Man konstaterar bara att Olivia är gravid sedan en tid tillbaka och att hon förmodligen nu befinner sig i aktivt missbruk tillsammans med sin "kille". Graviditetsfrågan är nedtonad och nämnden pekar i stället på att hon genom tidigare suicidförsök och psykisk obalans i samband med missbruk visat att hon behöver vård "för att förhindra att hon allvarligt kan komma att skada sig själv eller utsätta sin hälsa för allvarlig fara".

<sup>53</sup> Se bilagan för mer om lagtextens utformning före och efter 2005.

<sup>54</sup> Domen rörande beredande av vård enligt 4 § LVM saknar motivering över huvud taget.

## Kammarrättens bedömning

Hittills har vi skrivit om länsrätten som en enhet och blandat redovisningen av beslut och domar som rör fastställande av omedelbara omhändertaganden (§ 13) och ansökningar om beredande av vård (§ 4). Det är, som vi har sett i föregående kapitel, absolut vanligast att en LVM-placering påbörjas i form av ett omedelbart omhändertagande, vilket innebär att det förekommer två prövningar av grunderna för vård utan samtycke. Besluten angående fastställande av omedelbara omhändertaganden är oftast relativt kortfattade – dels på grund av att underlaget oftast inte är lika utförligt, dels på grund av att man endast prövar om det är sannolikt att personen kan beredas vård enligt LVM och att rättens beslut inte kan avvaktas på grund av fara för liv och hälsa. Spörsmålet om kvinnans graviditet kan givetvis presenteras som relevant i detta sammanhang – det bidrar ju till att förstärka uppfattningen av "akutheten". I domar som rör vård enligt 4 § LVM finns oftast ett fylligare underlag till förfogande och här har rätten även haft möjlighet att höra parterna i muntliga förhandlingar. Om inte graviditetsfrågan har lyfts i första prövningen, så brukar den åtminstone finnas med i andra prövningen. Utöver detta händer det att beslut om vård utan samtycke också överklagas till kammarrätten och prövas där. I enstaka fall kan även domar beviljas prövning i Regeringsrätten<sup>55</sup> (Svensson 2012).

Molly, som vi beskrev tidigare i samband med att barnmorskan tyckte det fanns en risk för havandeskapsförgiftning vid missbruk under graviditet och att detta därmed äventyrade *Mollys* fysiska hälsa, omhändertogs först med stöd av 13 § LVM. I beslutet som fastställer omhändertagandet framkommer att Molly motsätter sig omhändertagandet. Hon pekar dels på formfel i ärendehantering, dels på att vårdbehovet *kan* tillgodoses med frivillig vård. Genom sitt biträde menar hon att socialnämndens beslut att omhänderta henne föranleddes av graviditeten och fattades innan hon fick sitt återfall. Likaså menar hon att beslutet baserades på hennes egen *oro för* ett eventuellt återfall (vår kursivering). Länsrättens resonemang fokuserar i första hand på procedurerna och anledningen till att det i Mollys fall tagit mer än fyra dagar innan omhändertagandet har fastställts. I övrigt nämns inget om hennes graviditet.

Socialnämnden går sedan vidare och ansöker om vård enligt 4 § LVM. I länsrättens dom redovisas olika delar av socialtjänstens utredning, bland annat att hon använt narkotika under sin graviditet. Det refereras till läkarintyget som gör gällande att hon använder heroin, bensodiazepiner och hasch. Intyget framhåller att hon utsätter sin hälsa för allvarlig fara men att det för närvarande inte föreligger något avgiftningsbehov som kräver sjukhusvård.

*Det föreligger emellertid behov av somatisk eller psykisk vård på grund av långt framskriden graviditet.*

Argumentet som framlagts i den muntliga förhandlingen redovisas också; socialnämnden pekar återigen på att hon fortsatt att missbruka heroin, hasch och benso-

<sup>55</sup> Numera Högsta förvaltningsdomstolen.

diazepiner samtidigt som hon var gravid och att man har arbetat för att hon ska bli fri från sitt missbruk på frivillig väg. Risken för havandeskapsförgiftning har även lyfts i samtal med barnmorskan. Molly själv anför i förhandlingen att hon har ett vårdbehov men att det kan tillgodoses på frivillig väg. Läkarintyget som nyligen utfärdats visar att det mesta är utan anmärkning. Uppgifterna om pågående missbruk grundar sig på ett missförstånd och hänvisar till *tidigare* användning av narkotika. Under graviditeten har hon bara använt heroin vid ett tillfälle tidigt i graviditeten. Oron för att detta kan ha påverkat barnet gjorde att hon kontaktade familjeenheten. När hon blev efterlyst för ett omedelbart omhändertagande, återföll hon under fyra veckor innan hon själv sökte sig till beroendekut.

Länsrättens bedömning är att Molly har ett fortgående missbruk av narkotika och att hon är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk. Läkarintyget och övrig utredning visar att hon till följd av missbruket utsätter sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara. Rätten "ifrågasätter inte att det är Mollys uppriktiga vilja att komma ifrån sitt missbruk och genomgå frivillig vård", men påpekar att hon uteblivit från flera besök på mödravården och även avbrutit träffar med socialtjänsten. Hon har dessutom erbjudits frivilliga vårdinsatser men inte infunnit sig till planerad behandling eller avbrutit efter kort tid. Graviditeten har ingen framträdande roll i sammanhanget, annat än att det är uteblivna kontakter med just mödravården som nämns först. Beslutet blir att Molly ska beredas vård med stöd av 4 § LVM, första stycket

Molly överklagar domen till kammarrätten. Hon anför att hon visserligen har ett vårdbehov men att detta inte är så omfattande att LVM behövs. Socialnämnden bestrider detta och pekar på att hennes motivation inte bedöms tillräckligt stark för att frivillig vård ska vara möjlig "i nuläget". Socialnämnden anför i förhandlingen att utredningen visat att Molly har ett "pågående" missbruk, men lägger samtidigt till att "det är svårt att säga någonting om omfattningen". Uppgifter som lämnats om missbrukets omfattning från och till olika källor redovisas. Nämnden anför dessutom

*... att ett missbruk föreligger under graviditet visar att det även tidigare måste ha förelegat ett allvarligt missbruk.*

Kammarrätten avslår överklagan. Rätten anser att Molly har ett fortgående missbruk, att hon har ett vårdbehov, att hon utsätter sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara – samt att vårdbehovet inte kan tillgodoses på frivillig väg. När det gäller tyngden eller omfattningen av missbruket resonerar man så här:

*Vid denna bedömning beaktar kammarrätten särskilt vad Molly själv uppgett för [mödravården] och missbrukshandläggare vid socialförvaltningen samt det förhållandet att hon även under sin graviditet inte kunnat avhålla sig från missbruk.*

Argumentet är väl känt – det att hon missbrukar under graviditet är ett tecken på missbrukets dignitet, och graviditeten får om inte ännu större betydelse så åtminstone lika stor betydelse i kammarrätten som hos länsrätten.

## Syftet med vården uppnått

Hänsynen till fostret kan vara ett mer eller mindre direkt skäl för själva omhändertagandet men har även betydelse för hur lång vårdtiden blir eller under vilka omständigheter kvinnan skrivs ut från LVM-vården. Enligt 20 § LVM ska tvångsvården upphöra så snart syftet<sup>56</sup> med vården är uppnått och senast när vården pågått i sex månader. I vårt material finns det exempel på att bedömningen av om syftet med vården är uppnått görs till en fråga om att hålla kvinnan drogfri fram tills barnet har fötts.

Marina är en drygt 30 år gammal kvinna som bereds vård enligt 4 § LVM när hon är i sjätte graviditetsmånaden. Hon har den senaste tiden vistats vid ett behandlingshem men har avvikit därifrån. Hennes barnmorska tycker detta är oroväckande och anser att Marina bör placeras i ett boende som innebär kontroll och omvårdnad – i första hand för det ofödda barnets skull. Behandlingsassistenten på behandlingshemmet hon avvikit ifrån anser att Marina inte kan få den hjälp hon behöver på frivillig väg. "Då inte ens det barn hon väntar kan avhålla henne från att bryta behandling och återfalla i ett destruktivt liv, så finns inget alternativ till ett omhändertagande med tvång".

När socialnämnden ansöker om beredande av vård motiveras detta med att Marina "inte längre samtycker till frivillig vård och genom sitt aktiva missbruk befaras allvarligt skada sig själv och det ofödda barnet". Socialtjänsten har även skrivit en kort vårdplan för vistelsen som börjar på följande sätt:

*Huvudsyftet med vården är att Marina under graviditeten skall garanteras en drogfri tillvaro.*

Vidare ska man under LVM-tiden förbereda Marina för förlossningen och för tillvaron efter. Vården ska också syfta till att återupprätta kontakten med socialtjänsten, och därför måste det vara tät kontakt mellan Marina och socialtjänsten under vistelsen.

I länsrättens dom refereras både socialnämndens underlag och det som framkommer under den muntliga förhandlingen. I sin sammanfattande bedömning diskuterar rätten, med anledning av att Marina inte druckit under de senaste veckorna, om Marina faktiskt har ett fortgående missbruk eller inte. Rätten anser dock att Marina har ett fortgående missbruk i lagens mening.

*Med beaktande av utredningen och att Marina är gravid finner länsrätten att hon till följd av missbruket utsätter sin egen och sitt ofödda barns hälsa för allvarlig fara.*

Länsrätten beslutar att Marina ska beredas vård med stöd av 4 § första stycket (det vill säga att hon utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara), men beslutet överklagas till kammarrätten.

Efter att Marina vistats drygt två månader på LVM-hemmet får hon en dotter som föds en knapp månad för tidigt. Efter fyra dagar på sjukhuset placeras Marina på ett utredningshem för mödrar med små barn enligt 27 § LVM. Hon är kallad till muntlig

---

<sup>56</sup> Enligt 3 § LVM syftar tvångsvården till att "genom behövliga insatser motivera missbrukaren så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk".



förhandling i kammarrätten dagen efter men förhandlingen skjuts upp. Två dagar senare ringer enhetschefen på socialtjänsten i Marinas hemkommun till LVM-hemmet och meddelar att de önskar att vården ska upphöra på grund av att Marina har fött sitt barn. Eftersom institutionschefen, som är den enda som kan fatta utskrivningsbeslut, är på tjänsteresa den dagen säger enhetschefen att det går bra att vänta till efter helgen. Måndagen efter skrivs Marina ut, efter 75 dagars vårdtid. Kontaktpersonen på LVM-hemmet antecknar i journalen:

*Jag sökte Marina utan framgång i går för att meddela att LVM-vården har upphört. Fick tag på henne först i dag och hon mottog beskedet med en suck. Påminner då henne om att ett eventuellt återfall innebär LVU på dottern vilket hon är väl medveten om. Bekräftar även för socialsekreteraren att LVM-vården upphört på deras begäran. Meddelar personalen på utredningshemmet om upphävandet.*

Ett par veckor senare kommer ett beslut från kammarrätten där man med hänvisning till att Marina skrivits ut "avskriver målet från vidare handläggning".

Marina skrevs ut "i förtid" efter att barnet hade fötts då socialnämnden ansåg att syftet med vården var uppnått. I Ronjas fall händer i princip samma sak, men i hennes fall "krävs" två på varandra följande LVM-omhändertaganden. Ronja är kring 30 år och gravid i vecka 12–13 när hon omhändertas. Hon har två familjehemsplacerade barn sedan tidigare, 9 och 2 år gamla. Efter att ha haft önskan om att göra abort och beställt tid för detta, har Ronja ändrat sig och vill behålla barnet.

*Med anledning av den informationen samt den samlade bild vi fått över Ronjas missbruk efter att hon fått veta att hon är gravid gjorde vi den bedömningen att det förelåg en överhängande risk att Ronja skulle fortsätta missbruka. Fortsatt missbruk skulle innebära risker för fosterskador och Ronja skulle därmed utsätta sin psykiska hälsa för fara. Ett beslut om omhändertagande enligt 13 § LVM fattades av stadsdelsnämndens ledamot.*

I själva beslutet om omhändertagande avslutas motiveringen med: "Vår bedömning är att Ronja behöver omhändertas enligt LVM för att kunna klara av drogfrihet under graviditeten". På blanketten kan man välja mellan två alternativ till varför beslutet om vård inte kan avvakta: 1) att personen kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat om personen inte får omedelbar vård, eller 2) att det föreligger en överhängande risk för att personen till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. I Ronjas fall har man valt alternativ två – risken för att skada sig själv eller någon närstående.

När det omedelbara omhändertagandet kommer till länsrätten framhåller Ronja genom sitt offentliga biträde att hon faktiskt själv tog sig till läkarundersökningen, och att den faktiskt visade att hon var abstinensfri och nykter. Vidare förnekar hon att hon har tagit droger inne på avgiftningsenheten – läkaren måste ha tagit fel på nedbrytningstiden för amfetamin och hon lämnade där negativa prov på alla droger förutom bensodiazepiner, som försvinner långsammare ur kroppen. Länsrätten beslutar dock att fastställa det underbyggda beslutet.



Socialnämnden går så vidare med en ansökan om vård enligt 4 § LVM. I denna ansökan framkommer i stort sätt samma argument och information som tidigare. Att Ronja är gravid och att hon nu bestämt sig för att behålla barnet framkommer också. Läkarutlåtandet får återigen stor uppmärksamhet eftersom den kan så tvivel om huruvida Ronjas missbruk är fortgående i lagens mening. Läkaren bedömde ju vid det tillfället (den muntliga förhandlingen ägde rum en månad efter att läkarutlåtandet skrevs) att det inte kunde visas att Ronja utsatte sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara till följd av sitt missbruk.

Länsrättens finner, trots detta, att det är klagjort att Ronja har ett fortgående missbruk av narkotika och att hon är i behov av vård för att komma bort ifrån sitt missbruk. Vidare finner rätten det klarlagt att hon "till följd av missbruket utsätter sin psykiska hälsa för allvarlig fara och att hon löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv". Frågan om vårdbehovet ska tillgodoses på frivillig väg eller inte diskuteras sedan, men här tar rätten fasta på att hon visat positiva prov på opiater, amfetamin, bensodiazepiner och cannabis senast vid avgiftningen för några veckor sedan.

*Hon har vidare fortsatt att missbruka trots att hon har vetat att hon var gravid och avsett att behålla barnet. Länsrätten finner med hänvisning härtill att, även om Ronja idag har viljan att sluta med droger och genomgå frivillig vård, [bör vården] säkerställas genom vård med stöd av LVM.*

Ronja vårdas på LVM-hemmet men placeras efter några veckor på ett behandlingshem för vård i öppnare former. Hon avviker senare därifrån och får ett återfall. Ett par månader senare försöker man återigen med vård i öppnare former på ett nytt behandlingshem. Vården avslutas efter en månad då Ronja återfallit i missbruk av subutex, rohypnol och alkohol. LVM-tiden går nu mot sitt slut och Ronja är nu åter på LVM-hemmet. Förlossningen ska enligt planen ske kort tid efter att LVM-tiden går ut. För socialtjänsten handlar det om en kamp mot klockan. Inför utskrivningen träffas Ronja, socialsekreterare och institutionspersonal för att diskutera vad som ska hända. Ronja har tidigare lovats att hon ska få vistas på Lindängen inackorderingshem, där hon varit tidigare. Handläggarna är emellertid oroade över hur hon ska klara av mellantiden utan att droga sig och vem som kan stötta henne under tiden. Under mötet upprepar socialsekreterarna att de har för avsikt att omhänderta barnet vid födseln. Planen är att Ronja ska få vara med barnet i några dagar och träffa jourfamiljen på BB. Målet är dock att Ronja ska återförenas med sina barn och att hon ska kunna leva ett drogfrött liv. Ronja körs till Lindängen av sin kontaktperson på LVM-hemmet den dagen LVM-tiden går ut.

Dagen efter görs ett nytt omedelbart omhändertagande av Ronja. I beslutet framgår att Ronja avvek samma dag som hon kom till Lindängen (det vill säga dagen innan beslutet skrivs), där hon skulle vårdas enligt SoL. Hon har också varit inbokad på specialmödravården samma dag, men har heller inte dykt upp där. Socialnämndens beslut om ett omedelbart omhändertagande motiveras så här:

*Ronja är höggravid. Barnet är planerat att födas [om två veckor]. Enligt specialmödravården finns det en överhängande risk att värkarbetet sätts i gång om Ronja missbrukar. Vår bedömning är att Ronja behöver omhändertas enligt LVM för att kunna klara av drogfrihet under den tid som återstår av graviditeten.*

Beslutet verkställs dagen efter, och två dagar efter att Ronja lämnade LVM-hemmet efter förra LVM-perioden är hon tillbaka igen. Länsrätten fastställer omhändertagandet utan någon vidare motivering annat än att hon sannolikt kan beredas vård med stöd av LVM och att beslutet inte kan avvakta på grund av att Ronja kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat om hon inte får omedelbar vård.

Ronja är nu på LVM-hemmet och socialtjänsten ansöker om vård enligt 4 § LVM, första stycket (att hon utsätter sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara)<sup>57</sup>. I ansökan påpekar man igen att hon avvikit från Lindängen, att värkarbetet kan komma att påbörjas om Ronja fortsätter missbruka och att hon – när hon återfördes till LVM-hemmet senast – varit positiv på bensodiazepiner, opiater samt hade färska sticksår i halsen.

*Ronja har återfallit i missbruk vid varje tillfälle som hon haft möjlighet. Hon har själv uppgivit att hon är väldigt impulsstyrd och att hon i förväg inte planerat återfallen. Med tanke på att Ronja är höggravid och att ett fortsatt missbruk skulle innebära risker för att barnet skadas samt att förlossningsarbetet sätts i gång, riskerar Ronja att utsätta sin psykiska hälsa för fara. Vår bedömning är därmed att vård enligt LVM är nödvändig.*

Hittills har det varit fokus på det faktum att värkarbetet kan komma att påbörjas om Ronja fortsätter missbruka. Det är i sig ett argument som kanske skulle behöva utvecklas med tanke på att graviditeten ändå är fullgången i medicinsk mening och att en förlossning i förtid inte utan vidare utgör en allvarlig fara för kvinnans psykiska eller fysiska hälsa. Men i socialnämndens ansökan om vård enligt 4 § LVM introduceras även argumentet om att *barnet* kan komma att skadas. I och med detta riskerar Ronja att utsätta sin psykiska hälsa för fara (det står inte "allvarlig" fara). Det är en motivering vi alltså känner igen. Till ansökan bifogas "det gamla" läkarintyget, det vill säga det som skrevs inför det första LVM-omhändertagandet och som konkluderar med att hon just då inte utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara.

Efter att Ronja nu varit inskriven på LVM-hemmet i 19 dagar föder hon sitt barn. Ronja kommer tillbaka till LVM-hemmet dagen efter medan barnet är kvar på sjukhuset tillsammans med sina fosterföräldrar. I samband med förlossningen sattes Ronja på en subutexbehandling och på LVM-hemmet upplever man att hon är synbart påverkad. En vecka efter att barnet har fötts kommer ett brev till LVM-hemmet från socialnämnden som nu bedömer att LVM-vården uppnått sitt syfte:

*Hon har fött sitt barn och barnet har blivit placerat. Ronja vill ha vård enligt SoL. Hon har fått en plats i en våra träningslägenheter och hon har påbörjat medicinering med subutex. Denna*

<sup>57</sup> Se bilagan för mer om ändringar i lydelsen i LVM.

*medicinering kommer fortsätta på vår mottagning. Hon kommer även få stöd i boendet, samt samtalskontakt och på sikt delta i en daglig verksamhet/sysselsättning.*

I såväl Marinas som Ronjas fall handlar det om att syftet med vården uppnås när barnet har fötts. Men Ronjas fall är extra intressant eftersom det alltså krävs två på varandra följande LVM-domar för att uppnå detta syfte. Frågan om man i praktiken kan förlänga den maximala vårdtiden om sex månader på detta viset har varit föremål för juridisk prövning: I Gustav Svenssons (2012) studie av regeringsrättens domar rörande LVM under åren 1982–2010 (vilka inte uppgår till fler än åtta stycken), ingår ett mål rörande en 29-årig man som beretts tvångsvård med stöd av LVM. Han skrivs ut efter sex månader och omhändertags igen påföljande dag. Omhändertagandet fastställs och han bereds också vård med stöd av 4 § LVM. Han överklagar beslutet till kammarrätten men får inte bifall. Mannen får dock prövningstillstånd i Regeringsrätten som har att ta ställning till länsrättens beviljande av ansökan om tvångsvård, trots att ett omedelbart omhändertagande gjorts redan dagen efter att en sex månaders vårdtid löpt ut. I sina domskäl hänvisar Regeringsrätten till förarbetena där det framgår att vården ska upphöra när syftet (att motivera till frivillig vård) har uppnåtts. Vården får pågå i högst sex månader och vårdtiden får inte förlängas. Av detta följer att en missbrukare efter en sex månaders vårdperiod inte på nytt omedelbart kan omhändertags för tvångsvård. Mot denna bakgrund bedömde Regeringsrätten att 20 § LVM (om maximal vårdtid) hindrar fortsatt tvångsvård i direkt anslutning till att en sexmånadersperiod för ett tidigare beslut om tvångsvård gått ut. I stället ska missbrukaren erbjudas stöd och behandling i frivilliga former. Först när det genom ytterligare återfall kan påvisas att den enskilde inte kan övervinna sitt missbruk på frivillig väg och att personen fortfarande är i behov av kvalificerad vård, bör frågan om tvångsvård aktualiseras på nytt. Mannen fick med andra ord medhåll i Regeringsrätten (Svensson 2012).

Ronjas fall är, som vi ser, jämförbart med det mål som prövades i Regeringsrätten i och med att hon redan varit omhändertagen under sex månaders tid och sedan fick ett omedelbart omhändertagande dagen efter. Den springande punkten är ju huruvida hon kan anses redan ha "förbrukat" frivillig vård och återigen är i behov av vård utan samtycke. Länsrätten beslutar i alla fall att bifalla ansökan om vård enligt 4 § LVM och domen faller 16 dagar efter att beslutet om ett nytt omedelbart omhändertagande fattades. Länsrätten anser att Ronja har ett fortgående missbruk av narkotika och att hon är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk. Rätten menar vidare att det är klarlagt att hon till följd av missbruket utsätter sin hälsa för "allvarlig fara". Slutligen resonerar länsrätten kring frågan om vårdbehovet kan tillgodoses på frivillig väg eller inte. De konkluderar med att "Ronja har ett långvarigt missbruk bakom sig och har inte ens under den pågående graviditeten, under vilken hon till stora delar vårdats med stöd av LVM, lyckats hålla sig helt borta från droger". Även om Ronja i dag har viljan att ta emot behövlig vård på frivillig väg, menar länsrätten att vården bör ske med stöd av LVM och bifaller därför socialnämndens ansökan. Hon bereds vård med stöd av 4 § LVM, första stycket.

## 5.3 Ärenden som avskrivs, upphävs eller där socialnämnden väljer att inte gå vidare

Av de 150 fall där kvinnan varit eller troligen varit gravid i samband med placering inom LVM-vården skrevs kvinnorna i 115 fall in enligt 13 § LVM, det vill säga genom omedelbara omhändertaganden. Av dessa var det 17 fall där omhändertagandet sedan upphävdes, avskrevs eller där socialnämnden valde att inte gå vidare med ansökan om vård enligt 4 § LVM. Samtliga kvinnor var gravida vid placeringstillfället. Det var ingen skillnad mellan typ av missbruk mellan dessa kvinnor och de övriga som varit gravida i samband med placeringen, men vi valde att särskilt studera detta urval utifrån ett antagande om att graviditeten *kan* ha haft betydelse.

### Ärenden avskrivs i samband med abort

I tre fall görs ett omedelbart omhändertagande men kvinnorna tas inte in på SiS eftersom deras ärenden avskrivs. Detta sker efter att kvinnorna gjort abort eller uttryckt önskan om detsamma.

Carina är i 30-årsåldern och lever under oordnade förhållanden. Hon har ett blandmissbruk men har aldrig tidigare vårdats enligt LVM. Enligt socialtjänstens utredning gjordes ett graviditetstest när Carina kom till beroendemottagningen och testet visade att hon var gravid, vilket hon inte själv kände till. Socialtjänsten anser att

*... risken är stor om Carina beslutar att behålla barnet, att fostret blir missbildat. För hennes egen skull och med tanke på det ofödda barnet är vi beredda att ta ett omedelbart omhändertagande.*

Carina har bokat tid för abort och ärendet avskrivs. En vecka senare görs ett nytt omedelbart omhändertagande, men ärendet avskrivs då ansökan återkallats kort efter att aborten är genomförd. Aborten görs i vecka 17.

Sara är drygt 20 år och har haft flera LVM-vistelser tidigare. Hon är bostadslös och missbrukar heroin. Socialnämnden påpekar att Sara missbrukat trots sin graviditet. Vården inleds på sjukhus, där en sen abort görs (i vecka 22) och ärendet avskrivs dagen efter. Detta händelseförlopp återberättas senare av socialnämnden i samband med att hon omhändertas igen (denna gången vistas hon i LVM-vården under sex månader):

*Sara omhändertogs enligt 13 § LVM [...] Bakgrunden var att hon befann sig i ett destruktivt heroinmissbruk och samtidigt var gravid i 20:e veckan. Sara placerades på avgiftningen och genomgick en sen abort den 1 oktober. Under avgiftningen ställde sig Sara positiv till de frivilliga behandlingsalternativ som socialtjänsten erbjöd henne, därav beslöt ordföranden i socialnämnden att häva det omedelbara omhändertagandet den 2 oktober.*

### Socialnämnden går inte vidare med ansökan om vård

I fyra fall görs ett omedelbart omhändertagande, men socialnämnden väljer att inte gå vidare med ansökan om vård enligt 4 § LVM. I ett fall är graviditeten inte känd vid be-

slutet om omedelbart omhändertagande. I ett fall går socialnämnden inte vidare med ansökan om vård efter att kvinnan gjort abort:

Ulrika har vårdats enligt LVM en gång tidigare, för ett par år sedan när hon var gravid. Hon har nu ett litet barn, man, bostad och uppbär försörjningsstöd. Hon missbrukar heroin men injicerar inte. Under den vecka hon vistas på institutionen får hon subutex. En sen abort (i vecka 18) görs under institutionsvistelsen och ärendet avskrivs kort därefter då socialnämnden väljer att inte gå vidare med ansökan om vård enligt 4 § LVM.

I samband med det omedelbara omhändertagandet motiverar socialtjänsten sitt agerande med att Ulrika "utsätter sin fysiska hälsa för allvarlig fara samt sin psykiska hälsa i och med den risk hon utsätter sitt ofödda barn för". Länsrätten refererar detta argument i domen där omhändertagandet fastställs och i rättens avslutande bedömning nämns de "följder som hennes missbruk kan leda till rörande hennes och hennes ofödda barns hälsa". Fyra dagar efter aborten anför socialnämnden att det inte längre finns skäl för omhändertagande och att man inte ämnar inkomma med ansökan om planerad vård. Länsrätten upphäver därmed beslutet och Ulrika skrivs ut till frivillig vård.

I två fall framgår inte socialnämndens skäl till att inte gå vidare med ansökan om vård. I det ena fallet handlar det om Aina, som har ett blandmissbruk och är gravid i femte månaden. Detta är hennes första LVM. Socialtjänsten gör ett omedelbart omhändertagande efter att mödravårdscentralen uttryckt mycket stor oro främst över det ofödda barnets hälsotillstånd, vilket också länsrätten refererar till när omhändertagandet fastställs. Det framgår att Aina själv mår förhållandevis bra. Hon vistas två veckor på institutionen och när socialnämnden väljer att inte gå vidare med ansökan om vård stannar hon frivilligt ett par dagar på institutionen i väntan på plats på ett HVB-hem.

Det andra fallet handlar om Mia. I hennes fall väljer också socialnämnden att inte gå vidare med ansökan utan att anledningen till detta framgår av akten. Mia är gravid i sjunde månaden när hon kommer in med ett omedelbart omhändertagande. Hon har haft viss kontakt med mödrahälsovården som informerat socialtjänsten om att hon kan ha använt narkotika under graviditeten. Mia är dock helt okänd för socialekreterarna, delvis beroende på att hon vistats i andra delar av landet fram till nu. Länsrätten beslutar att fastställa omhändertagandet några dagar senare. Fyra dagar efter detta meddelar socialekreteraren att de inte kommer att gå vidare med en ansökan om vård och Mia skrivs ut till föräldrahemmet.

### **Rätten upphäver beslut om omedelbart omhändertagande eller bifaller inte ansökan om vård**

I tio fall upphäver länsrätten beslutet om omedelbart omhändertagande eller bifaller inte ansökan om vård. Rätten bedömer alltså att förutsättningarna i 13 § respektive 4 § LVM inte är uppfyllda. Gemensamt för dessa kvinnor är att de aldrig tidigare vårdats enligt LVM.

Britt-Marie har ett blandmissbruk och lider av psykisk ohälsa. Hon uppbär försörjningsstöd, är bostadslös, har ett tonårsbarn som är familjehemsplacerat och är nu gra-

vid i tredje månaden. Anledningen till att socialtjänsten gör en utredning är just att Britt-Marie är gravid och att hon har lämnat positiva drogtestar. Länsrätten nämner i sin dom att Britt-Marie är gravid och att hon har bokat tid för abort. Hon tas in på LVM-hemmet med ett omedelbart omhändertagande som fastställs fyra dagar senare. I denna dom framgår att Britt-Marie motsätter sig omhändertagandet och bland annat anför att hon har beställt tid för abort ett visst datum. Rättens bedömning håller sig enbart till lagtexten och konkluderar med att Britt-Marie uppfyller förutsättningarna. Under tiden ansöker socialnämnden om vård. Dagen innan den muntliga förhandlingen hålls genomför Britt-Marie en abort (i vecka 13), men i länsrättens dom nämns emellertid varken graviditet eller abort alls – förmodligen har detta framkommit under den muntliga förhandlingen<sup>58</sup>. Rätten påpekar också att sekretessen även ska bestå "beträffande de uppgifter om enskilda personliga förhållanden som förebringats vid rättens förhandling inom stängda dörrar och som inte har tagits in i denna dom". Länsrätten trycker i stället på att Britt-Maries missbruk har minskat, och att förutsättningarna för frivillig vård också har förbättras sedan hon senast erbjöds vård i frivilliga former.

Det händer också att frågan om "graviditetsskälets" giltighet tas upp i länsrättsdomen på något sätt – vilket sker i fyra av de fallen vi studerar i detta avsnitt. Linnea missbrukar alkohol och är gravid i sjunde månaden. Socialnämnden uppger att hon nyligen haft ett mycket sent missfall, troligen delvis på grund av hög tobakskonsumtion. Nu är hon återigen gravid, är storrökare och har ett stort alkoholintag. I ansökan om vård anser socialnämnden att "vården bör genomföras där Linnea kan få hjälp att i så hög grad som möjligt förstå hur hon behöver sköta sig under den fortsatta graviditeten." I domen refererar länsrätten till socialnämndens utsaga och avslår ansökan om vård med motiveringen att frivilliga insatser först måste vara uttömda. Socialnämnden överklagar sedan detta beslut till kammarrätten och skriver i sitt överklagande att Linnea återigen varit berusad vid ett flertal tillfällen. Vidare anför nämnden att "det är inte i LVM:s anda att inte hjälpa Linnea att få stopp på alkoholkonsumtionen och få hjälp med alkoholberoendet när hon saknar förmåga att klara detta själv". Kammarrätten påpekar att Linneas alkoholproblem, enligt socialnämnden, är sekundärt till hennes psykiska problem och fortsätter:

*Nämnden har som huvudskäl angivit att LVM behövs för att säkerställa graviditeten. Den aktuella vårdplanen innebär att Linnea tillsammans med barnet ska vistas på ett mamma-barnhem för utredning av hennes förmåga att ta hand om sitt barn. Det framgår inte att några vårdinsatser är planerade med anledning av missbruket. Linnea godtar vårdplanen. Försök att genomföra vård på frivillig väg har inte skett i tillräcklig omfattning.*

Melina är gravid med sitt fjärde barn. Hon har nyligen haft återfall i alkoholmissbruk och använder också receptbelagda bensodiazepiner. När hon aktualiseras för LVM-vård är hon inlagd på en psykiatrisk avdelning där läkaren uppger: "jag anser också

<sup>58</sup> Maritha Jacobsson diskuterar den muntliga förhandlingens betydelse i LVM-utredningen och frågar "kan det vara så att förhållanden som framstår som otydliga i akterna blir mer begripliga om man också ser till samtalet i rätten?" (Jacobsson 2004).

med hänsyn till den pågående graviditeten att man ska besluta om ett akut omhändertagande”. En annan läkare på avdelningen framhåller att det hela tiden varit en diskussion om man för hennes egen och barnets bästa borde ta in Melina på LVM – ”för att ge barnet en så god chans som möjligt till att födas utan skador och påverkan av moderns bruk av bensodiazepiner”. Vidare anser läkaren att ”det föreligger en klar medicinsk indikation för att avgifta henne och att med tvångsmetoder hålla henne drogfri fram över förlossningen i varje fall”. Socialnämnden nämner att Melina vid ett flertal tillfällen sedan det blev känt att hon var gravid erbjudits vård på behandlingshem men att hon konsekvent avböjt sådana erbjudanden.

När ärendet hamnar hos länsrätten, argumenterar socialnämnden med hänvisning till socialutskottets betänkande från 1981/82 (se kapitel 1) om att missbruk som skadar ett ofött barn skulle kunna innebära en risk för kvinnans psykiska hälsa genom vetskapen om att hennes beteende kan ha påfört barnet allvarliga skador. Melinas juridiska ombud påpekar att läkarintyget fäst stor vikt vid graviditeten och att läkaren i första hand tycks haft det ännu ofödda barnet i åtanke. Ombudet påminner då om att det närståendeskydd som anges i LVM inte omfattar ofödda barn. Socialnämnden har visserligen inte anfört närståendeskyddet som grund för det omedelbara omhändertagandet. Av de handlingar som nämnden bifogat framgår det dock, enligt ombudet, att det främst är läkaren som gjort bedömningen att ett akut omhändertagande är nödvändigt – och nämnden tycks ha fäst stor vikt vid detta. Länsrätten gör följande bedömning:

*Utredningen i målet tyder på att Melina har ett i lagens mening fortgående missbruk av i vart fall bensodiazepiner och att hon har svårigheter att på frivillig väg komma till rätta med detta. Länsrätten finner därför att det är sannolikt att hon kan beredas vård med stöd av LVM. Länsrätten kan däremot inte finna att utredningen ger stöd för att Melinas förhållanden för närvarande är så akuta och av sådan art att länsrättens eventuella beslut om vård inte kan avvaktas. Situationen är således enligt länsrättens mening inte så allvarlig och akut att det föreligger förutsättningar för ett omedelbart omhändertagande. Det underställda beslutet ska därför upphävas.*

Helen missbrukar alkohol och har tre barn som alla är omhändertagna av sociala myndigheter. Hon har egen bostad och arbete och är nu gravid i sjunde månaden. Hon vistas en vecka på institutionen. Socialnämnden skriver: ”Helen är gravid i sjunde månaden. Hon har nu återfallit i alkoholmissbruk efter fyra månaders drogfrihet. Under drogfriheten har hon deltagit i öppenvårdsbehandling enligt tolvstegsmodellen. Hon har i perioder varit suicidbenägen och har då haft svår ångest. Helen har erbjudits vård enligt SoL men motsätter sig det”. Länsrätten beskriver socialnämndens argumentation som att nämnden verkar vilja ”stämna i bäcken” och att omhändertagandet ansetts nödvändigt både för Helens och det väntade barnets skull. Men rätten tycker detta är problematiskt:

*Helen har haft ett återfall i alkoholmissbruk efter flera månaders nykterhet. Det förefaller tveksamt om lagens krav på ’fortgående’ missbruk är uppfyllt. Det synes även tveksamt om det på grund av missbruk uppkommit någon hälsofara eller annat som krävs för att någon av specialin-*



*dikationerna ska föreligga. Ett ofött barn är inte något självständigt skyddsobjekt vars intressen kan ligga till grund för ett ingripande enligt LVM. Omhändertagandebeslutet upphävs.*

Dalia är blandmissbrukare och gravid i tredje månaden. När socialtjänsten begär handräckning i samband med att Dalia blir akut omhändertagen nämns graviditeten specifikt. I beslutet finns en ganska utförlig diskussion om graviditetsfrågans relevans och de hänvisar bland annat till förarbetena till LVM (proposition 1987/88:147 sidan 51) där det framgår att begreppet närstående ej innefattar ofött barn. Rätten tar även socialberedningens överväganden om en lagändring i beaktande men anser att det har funnits flera skäl som talar mot detta (se kapitel 1). Slutbedömningen blir således att Dalias

*[...] missbruk av alkohol och narkotika inger oro och det kan inte uteslutas att ett visst vårdbehov föreligger. Med hänsyn till att det rör sig om enstaka missbrukstillfällen är det dock tveksamt om missbruket kan sägas vara av sådan fortgående natur som förutsätts i lagen. Det är ej heller visat att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på något annat sätt. Att Dalia är gravid skall inte tillmätas betydelse vid bedömningen". Beslutet upphävs efter att Dalia vistats på institutionen några dagar men hon stannar kvar för vård enligt SoL.*

Ellen är gravid i åttonde månaden och får sitt omedelbara omhändertagande fastställt, men socialnämnden får inte bifall på sin ansökan om vård. Socialnämnden fokuserar i stor grad på graviditeten och hennes missbruk av heroin, hasch och nu även subutex. För rätten är den springande punkten huruvida Ellen kan sägas ha ett fortgående missbruk eller inte. Rätten finner det "ostridigt att Ellen tidigare missbrukat heroin och hon behöver behandling för att komma ifrån sitt beroende av narkotika. Det är oklart om och i så fall i vilken omfattning hon på senare tid intagit annat än av läkare ordinerad subutex".

Fredrika är gravid i sjätte månaden och är inskriven på ett subuteprogram – men socialnämnden anser inte att subutex och öppenvård är en tillräcklig insats varför man beslutat om ett omedelbart omhändertagande, vilket också har fastställts av rätten. När ansökan om beredande av vård är uppe i rätten hänvisas det till det som anförts av socialnämnd och läkare, om bland annat risker för fostret om hon återfaller i heroinmissbruk samt riskerna för Fredrikas psykiska hälsa "då hon genom sitt missbruk utsätter sig för risken att föda ett barn med skador". Rätten avvisar dock ansökan om vård. Argumentationen ifrågasätts inte direkt men rätten tar fasta på oenigheter om olika faktauppgifter och anser att frivilliga insatser inte är uttömda.

I ett fall gör länsrätten bedömningen att "av vad som hittills framkommit i målet är det inte sannolikt att Cissi kan beredas vård med stöd av LVM" och syftar sannolikt på att hennes missbrukssituation inte uppfyller kraven i LVM: Cissi är gravid i sjätte månaden och går på regelbundna kontroller hos barnmorska. Hon har ett relativt välordnat liv med bostad, arbete och partner. Cissi missbrukar olika droger (kokain, amfetamin, alkohol och hasch) men uppger själv att hon, med några undantag, inte missbrukat sedan hon blev gravid. I socialnämndens underlag nämns att Cissi är gra-



vid och hon uteblivit från mödravården. Läkarna på beroendeakuten anser att Cissi är väsentligen frisk, såväl somatiskt som psykiskt, *men* konstaterar att hon är gravid i sjätte månaden: "Cissi själv förnekar missbruk den senaste tiden. Urinscreening här på beroendeakuten är negativ på allt. Hon blåser noll promille vid ankomsten och är i gott och opåverkat skick. Inga vegetativa abstinensbesvär." Vid ankomsten till institutionen skriver personalen att Cissi är "lite skakad över omhändertagandet, förstår ej riktigt varför hon kommit in för vård".

I Berits fall går länsrätten först på socialnämndens linje i frågan om att fastställa ett omedelbart omhändertagande, men upphäver senare beslutet utan vidare förklaring. Berit missbrukar amfetamin, är bostadslös och försörjer sig delvis på kriminell väg. Hon är nu gravid i sjunde månaden och socialförvaltningen menar att situationen är synnerligen allvarlig eftersom hon

*[...] är i slutet av en graviditet, med all sannolikhet missbrukar amfetamin, blir misshandlad och eventuellt mot magen/fostret.*

Av läkarintyget som finns med framgår att Berit själv uppgett att socialtjänsten gjort en anmälan om LVM på grund av att hon berättat att hennes sambo misshandlar henne. Hon ville sluta med amfetamin när hon blev gravid. Läkaren skriver att "patienten ter sig inte drogpåverkad. Fullt orienterad. Patienten förnekar helt nuvarande missbruk och säger att hon senast tog amfetamin för 3–4 månader sedan". Vidare skriver läkaren att hon gjorde en legal abort för ett par år sedan. Då hade Berit kontakt med specialmödravården och kände sig då tvingad att göra abort – och är fortfarande arg på personalen för detta. Nu vill hon absolut inte gå dit, hon vill gå på en vanlig mödravårdscentral – men hon har gått dit eftersom socialtjänsten har krävt det. Länsrätten gör följande bedömning:

*Berits vägran att medverka till att visa drogfrihet och till undersökning på MVC är enligt länsrättens bedömning ett anmärkningsvärt beteende hos en gravid kvinna och tyder på att det föreligger ett fortgående missbruk och att hon är i behov av vård för att komma ifrån detta (jämför SoU 1981/82:22 sidan 15–17).*

Omhändertagandet fastställs alltså och Berit vistas två veckor på institutionen medan ansökan om vård enligt 4 § LVM pågår. I avvaktan på att den domen ska komma beslutar länsrätten att upphäva det omedelbara omhändertagandet – utan att detta motiveras – och Berit skrivs ut från LVM-vården.

Slutligen har vi Rita som är gravid men graviditetens längden framkommer inte i akten. Socialnämnden gör ett omedelbart omhändertagande eftersom hon bedöms "riskera sin psykiska hälsa genom att inte lyckas bryta sitt missbruk trots sin graviditet". Tre dagar senare beslutar länsrätten att avskryta målet från vidare handläggning efter att socialnämnden bestämt sig för att upphäva sitt omedelbara omhändertagande. Rita tas aldrig in för vård men skrivs ut samma dag. Hon gör sannolikt abort och återkommer i LVM-vården cirka ett och ett halvt år senare.

### Sammanfattning av avskrivna och upphävda fall

I detta avsnitt har vi satt fokus på 17 fall där kvinnan skrivits in enligt 13 § LVM men där det omedelbara omhändertagandet sedan avskrivits, upphävts eller där socialnämnden valt att inte gå vidare med en ansökan om vård enligt 4 § LVM. Det fanns ingen skillnad mellan dessa kvinnor eller övriga som varit gravida i samband med placering, men i alla de 17 fall vi har granskat här var kvinnorna gravida redan vid inskrivningstillfället. Vi har också sett att graviditeten har haft betydelse för vårdförloppet i flera fall.

I totalt 7 fall är det socialnämnden själv som agerar genom att återkalla omhändertagandet eller välja att inte gå vidare med ansökan. Skälen framgår inte alltid, men i några fall hänvisas det explicit till att kvinnan gjort abort och att det då inte finns tillräcklig grund för ett omhändertagande. I ett par fall kan det se ut som att omhändertagandet främst bygger på ett larm från mödrahälsovården och att man sedan valt att återkalla det hela efter att närmare utredning gjorts.

I de resterande 10 fallen är det länsrätten som upphäver beslutet om ett omedelbart omhändertagande eller inte bifaller ansökan om vård enligt 4 § LVM. Gemensamt för dessa kvinnor är att det är deras första LVM-omhändertagande. Även här ser abort ut att ha spelat roll åtminstone i något fall då kvinnan gjort abort under pågående process. I övrigt domineras bilden av att länsrätten, och i något fall kammarrätten, bedömt att det inte finns förutsättningar för vård enligt LVM. I vissa fall diskuterar rätten "graviditetsargumentet" explicit, medan det oftast bara hänvisas till att förutsättningarna för vård inte är uppfyllda. Det gäller till exempel tvivel om det föreligger ett "fortgående missbruk" i lagens mening, ifrågasättande av om läget är så pass akut att ett omedelbart omhändertagande är påkallat eller att man inte anser att frivilliga insatser är uttömda. Rätten bjuder med andra ord på motstånd ibland och kan bemöta argument som är direkt relaterade till kvinnans graviditet – antingen genom en direkt diskussion kring relevansen av argumentet eller genom att hänvisa till förutsättningarna som ställs i lagen och om dessa kan anses vara uppfyllda, utan att gå in på graviditetsargumentet specifikt.

## 5.4 Falskt larm – förmodade graviditeter

I materialet förekommer ärenden där socialtjänsten trott att kvinnan varit gravid men där det senare visade sig att hon inte var det. I den resterande delen av vår rapport fokuserar vi på de kvinnor som faktiskt varit gravida någon gång under placeringen, det vill säga mellan inskrivning och utskrivning i LVM-vården. Men, vi valde att också ta med de förmodade graviditeterna i studien eftersom vi antog att detta kan ha haft betydelse i samband med att kvinnan aktualiserades för LVM-vård. Som visas nedan så kan vi konstatera att det är så. I några fall leder ett negativt graviditetstest till att LVM avskrivs eller upphävs. Andra gånger kvarstår beslutet om LVM trots att det visar sig vara "falskt larm".

Eftersom det inte rör sig om graviditeter under placeringen har dessa fall exkluderats från den sammantagna redovisningen i den övriga rapporten. Om kvinnan senare

blivit gravid under placeringen, vilket också har hänt, är det en ny "händelse" och då ingår hon givetvis i den sammantagna redovisningen. En av kvinnorna faller i någon mening mellan två stolar eftersom hon inte varit gravid under själva placeringen, men samtidigt rörde det sig inte om en *förmodad* graviditet. Maria är faktiskt gravid när LVM-utredning påbörjas men gör abort dagen innan hon skrivs in i LVM-vården. Hon har alltså inte varit gravid under själva placeringen men det har alltså funnits ett befogat antagande i hennes fall, som kan ha påverkat beslutet om ett omhändertagande.

Nedan beskrivs i korthet de fallen där kvinnan antagits vara gravid utan att det var fallet samt ett fall där kvinnan faktiskt varit gravid men gjorde abort dagen innan hon skrevs in i LVM-vården. Som vi ska se finns det några likhetspunkter och även en del skillnader i problematik och utfall.

### **Ej gravid vid inskrivning men kvinnan bereds vård enligt LVM**

Pia, som nu är 29 år, har haft en trasslig uppväxt med familjehemsplaceringar, utredningar inom barnpsykiatri och tvångsplacering inom ungdomsvården. Hon började använda alkohol och amfetamin i tidiga tonåren. Som vuxen har Pia levt med missbrukande män och har två barn som omhändertagits enligt LVU.

Pia medverkar initialt i en behandlingsplanering. Hon deltar i samtal och lämnar drogtester under några veckor men sedan avbryts kontakten. En anmälan inkommer från Pias mamma som är orolig för sin dotters fysiska och psykiska hälsa. Hon har träffat dottern och tycker att hon ser utmärkt ut och uppträder apatiskt. Mamman önskar att dottern ska få någon form av tvångsvård då hon tror att dottern inte kan ordna upp i sin situation på egen hand. Socialtjänsten besöker Pia som förklarar att hon inte kunnat sköta behandlingen eftersom hon vräcks från sin bostad. Hon säger att hon varit drogfri den senaste tiden och är inte villig att delta frivilligt i behandling. Pia informeras om att en LVM-utredning inleds.

Kort därefter inkommer uppgift från Pias frivårdsinspektör om att hon, enligt egen utsago, är gravid. Tio dagar senare ansöker socialtjänsten om beredande av vård enligt LVM och skriver: "eftersom Pia inte är villig att frivilligt delta i behandling och med tanke på att hon är gravid, bedömer vi att hon är i behov av vård enligt LVM". Socialtjänsten anser att Pia utsätter sig för en allvarlig risk att skada sin fysiska och psykiska hälsa genom att missbruka amfetamin medan hon är gravid. Hennes hälsa hotas också av att hon är bostadslös och det faktum att hon är gravid ställer högre krav på en bra boendemiljö. Hennes missbruk är så pass tungt och varaktigt att hon inte kan se vilka risker hon utsätter sig själv för – "som missbrukande, bostadslös, gravid kvinna".

Länsrätten bifaller socialnämndens ansökan men i domen nämns inget om en eventuell graviditet. I det bifogade läkarintyget nämns inte heller något om en eventuell graviditet utan här påpekas snarare att det inte finns tecken på några medicinska skadeverkningar, vilket också länsrätten framhäver i sin bedömning. Länsrätten anser dock att Pia allvarligt riskerar att förstöra sitt liv och ansökan får bifall.

En vecka efter att Pia kommit till LVM-hemmet får hon besök av sin socialsekreterare. Pia är upprörd och anser att hon inte behöver någon hjälp. Dessutom är Pia arg över ryktet om att hon skulle vara gravid, vilket hon alltså inte är, och har valt att överklaga

domen till kammarrätten. Överklagan avslås och i kammarrättens dom nämns heller inget om den tidigare förmodade graviditeten.

Andrea är 28 år och har missbrukat narkotika sedan unga år, huvudsakligen heroin. Numera använder hon främst amfetamin, bensodiazepiner och cannabis. Året dessförinnan tog Andrea minst två allvarliga överdoser av heroin. Andrea står i kö för metadonbehandling men är lite tveksam eftersom hon använt metadon när det inte funnits heroin att tillgå och hon är inte säker på att hon vill sluta missbruka. Andrea har varit i behandling tidigare och även haft öppenvårdskontakter. Eftersom Andrea brutit ett flertal planeringar och återfallit i missbruk vid upprepade tillfällen har en LVM-utredning inletts.

Medan Andreas utredning pågår ringer hon till sin handläggare och berättar att hon mår dåligt. Hon är bostadslös och befinner sig nu hos en man men vill inte vara kvar där. Hon erbjuder vistelse på utredningsenheten men vill inte dit. Samtalet bryts och handläggaren får inte tag på henne på flera veckor. Ytterligare en månad senare ringer Andrea och berättar att hon är gravid. Hon vet inte hur långt gången graviditeten är och är orolig för att det är för sent för abort. Socialtjänsten bokar ett möte i följande vecka men Andrea dyker inte upp. Man beslutar om att ansöka om vård enligt LVM.

I socialtjänstens utredning nämns att Andrea enligt egen utsago är gravid men detta tas inte upp i länsrättsdomen. Vid ankomst till LVM-hemmet görs ett graviditetstest som visar att Andrea inte är gravid. LVM kvarstår men några veckor in på vistelsen avviker Andrea och är borta så pass länge att LVM avskrivs.

Monica har haft en stökig uppväxt och började missbruka i tidiga tonåren. Hon flyttade hemifrån när hon var 14 år och blev senare placerad på institution enligt LVU. När hennes dotter är 2–3 år gammal återfaller Monica i heroinmissbruk och dottern placeras hos sin mormor. Hon har sporadisk kontakt med socialtjänsten och får ekonomiskt bistånd. I maj blir hon omhändertagen av polisen och är då kraftigt narkotikapåverkad. Tidigare på kvällen har hon utsatts för misshandel av sin pojkvän. Hon berättar för socialjouren att hon ibland har självmordstankar. Socialjouren skriver i sitt underlag i samband med att hon får ett omedelbart omhändertagande att hon har missbrukat amfetamin, heroin och tabletter dagligen de senaste två månaderna. Monica tror dessutom att hon är gravid i tredje månaden. Hon saknar fast bostad och både vill och vill inte ha hjälp för sitt missbruk. Hon hade tid hos sin handläggare dagen innan men uteblev då. Socialjouren anser att hon behöver hjälp för att bryta sitt destruktiva beteende och att hon är en fara för sig själv.

När socialnämnden ansöker om vård enligt 4 § LVM en vecka senare finns en utförligare utredning bifogad. Här framgår det att Monica tidigare trodde att hon var gravid, "men det är hon inte". I länsrättsdomen nämns inte något om en förmodad graviditet utan man refererar andra delar av socialtjänstens utredning, såsom att Monicas missbruk har fått allvarliga konsekvenser och att hon, "trots en önskan om att åter ta ansvar för sin dotter, inte har förmått bryta sin livsföring". Monica bereds vård enligt 4 § LVM och skrivs ut sex månader senare.

Slutligen beskriver vi ett fall som egentligen inte platsar i detta avsnitt men som vi ändå valt att ta med. Här rör det sig nämligen inte om något antagande – Maria

är gravid när LVM kommer på tal. Hon är 25 år och har ett långvarigt dokumenterat missbruk av främst amfetamin och läkemedel. Hon har nyligen flyttat från en kommun där vård enligt LVM varit på tal. Maria är nu gravid i andra månaden och avser att behålla barnet. Hon har en son i skolålder som bor i familjehem. Emellanåt är hon psykotisk och har visat tecken på suicidbenägenhet vilket föranlett att hon nyligen skrevs in på en psykiatrisk klinik. Specialistläkaren på den psykiatriska kliniken bedömer att Maria inte uppfyller kriterierna för LPT men anser att hon behöver komma under vård med tanke på hennes missbruk och graviditeten.

Socialnämnden i Marias nya hemkommun fattar beslut om ett omedelbart omhändertagande som bland annat motiveras med att det finns en överhängande risk att hon, till följd av sitt tillstånd, allvarligt kan skada sig själv och sitt foster. Maria är kvar på sjukhuset och gör en abort på gynekologiska kliniken. Dagen efter ankommer Maria till LVM-hemmet. Hon är i dåligt skick och sätts under extra observation. I länsrättens dom nämns dock inget om graviditeten. Rätten bifaller ansökan om vård och Maria skrivs ut från LVM-vården efter sex månader. Hon är alltså inte gravid vid inskrivningen, vilket varit kriteriet för att ingå i vår huvudanalys, men hon var det strax innan och på så vis kan man ha trott att hon fortfarande var gravid när själva omhändertagandeprocessen ägde rum. Tre år senare återkommer Maria till LVM-vården och är återigen gravid – då även under själva placeringen.

### **Socialnämnden går inte vidare med ansökan om vård**

Yvonne är 38 år gammal när hon omhändertas omedelbart på grund av sitt långvariga alkoholmissbruk. I underlaget från socialnämnden framgår att Yvonne har ett barn som är drygt 1 år gammalt och som nu är placerat hos en annan familj. Under flera månader har hon druckit nästan 3–4 flaskor hembränt per dag och har även börjat röka hasch den senaste tiden. Hälsan är skral. Hon äter dåligt, kräks blod och kan inte hantera sin avförings- eller urinavgång. Yvonne har stadigvarande högt blodtryck som hon inte sköter, och har den senaste tiden upplevt svårigheter med att gå. Elen är avstängd i hennes lägenhet. Hon är dessutom troligtvis gravid. Vid ankomsten till LVM-hemmet blåser hon 1,81 promille. Hon skickas vidare till avgiftningsenhet för nedtrappning och avgiftning. Där konstateras att hon inte är gravid. En vecka senare upphävs omhändertagandet av länsrätten efter att socialnämnden meddelat att man inte avser att gå vidare med ansökan om vård enligt 4 § LVM. Anledningen till socialnämndens beslut framgår inte.

Lina är 35 år och vårdas på sjukhus för alkoholrelaterade skador när socialnämnden ansöker om vård enligt 4 § LVM. Hon är känd av socialtjänsten sedan flera år tillbaka och har haft olika vårdinsatser för sitt alkoholmissbruk utan att någon av dessa har fullföljts. Hon lever under kaotiska former med en man som misshandlar henne och har en tonårsson som bor hos sin pappa. Enligt Lina själv har situationen blivit ohållbar och hon är dessutom gravid. Hon vill ha antabusbehandling men enligt sjukhuspersonalen går inte det att genomföra under graviditet. Lina vet inte om hon ska behålla barnet eller inte. Hon har försökt nå sin sambo för att diskutera frågan men har inte lyckats få tag på honom. Lina berättar att hon druckit ungefär fem flaskor vin per dag

under de senaste veckorna. Trots sjukhuspersonalens avrådan från att avbryta avgiftningsprocessen skriver Lina ut sig från sjukhuset. Socialnämnden anser att de frivilliga vårdalternativen nu är uttömda och ansöker om ett omedelbart omhändertagande som fastställs av länsrätten. Vid ankomsten till LVM-hemmet berättar Lina att hon är gravid i andra månaden och att hon vill göra abort. För säkerhets skull görs ett graviditetstest – som visar sig vara negativt. Dagen efter görs en behandlingsplan för Lina som innebär olika frivilliga vårdalternativ. Socialnämnden går inte vidare med ansökan om vård enligt LVM och länsrätten upphäver därmed beslutet om det omedelbara omhändertagande. Lina är dock kvar på LVM-hemmet en dryg månads tid för frivillig vård.

Desirée, som är 21 år, har tidigare vårdats enligt LVU och försörjer sig nu genom prostitution. Hon har en liten dotter. Av läkarutlåtandet i samband med att socialtjänsten gör ett omedelbart omhändertagande framgår att Desirée har "inga abstinensbesvär alls, har missbruk enligt gamla journaler". Hon anländer på institutionen och erbjuds ett urinprov, men avböjer. Desirée anser själv att hon inte har några missbruksproblem men tror att hon kan vara positiv på THC och bensodiazepiner. Hon vill gärna ta ett graviditetstest och träffa en läkare.

Morgonen efter ringer socialtjänsten och vill att Desirée tar ett graviditetstest. Om hon inte är gravid kommer socialnämnden inte att gå vidare med en LVM-ansökan. Testet visar att hon inte är gravid. Socialtjänsten informeras om detta och fattar följande beslut:

*På grund av att läkarintyg saknar grund för LVM, finns ingen grund för LVM. Vidare visar ett negativt graviditetstest att det inte föreligger risk för annans liv, därför återkallar socialförvaltningen sin ansökan om LVM-vård med omedelbar verkan.*

Desirée lämnar institutionen under förmiddagen.

### **Omhändertagandet upphävs**

Eva är 38 år och har fyra barn. De senaste två veckorna har den sociala jousen haft ett antal kontakter med Eva och hennes man med anledning av att de har minderåriga barn hemma och att de båda missbrukar alkohol. Eva har haft ett missbruk under många år men har aldrig tidigare vårdats enligt LVM. Enligt henne själv har hon varit nykter under alla graviditeter. Ambulanspersonal och polis har tillkallats vid flera tillfällen den senaste tiden och Eva förs till beroendeakuten där hon blåser 3 promille. Vid ett hembesök hotar Eva med att ta livet av sig eftersom socialen tagit hennes barn ifrån henne. Eva försöker svälja en handfull tabletter men maken lyckas stoppa henne efter visst handgemäng. Under besöket berättar Eva att hon återigen är gravid, vilket bekräftas av maken. Socialnämnden gör ett omedelbart omhändertagande och skriver i sin bedömning att Eva har "ett fortlöpande blandmissbruk, diabetes och är gravid".

Under avgiftning på sjukhus tas ett graviditetstest som visar att Eva inte är gravid. En vecka in på institutionsvistelsen kommer beslutet från länsrätten som upphäver omhändertagandet. Eva stannar frivilligt kvar på institutionen några dagar innan hon reser hem till sin bostad.

## Sammanfattning av förmodade graviditeter

I detta avsnitt har vi beskrivit sju fall där kvinnan antagits vara gravid i samband med placering inom LVM-vården men där det sedan visade sig att så inte var fallet. Därutöver har vi beskrivit en kvinna som faktiskt var gravid i samband med LVM-ärendet men som gjorde abort dagen innan hon skrevs in och som vi därför valde att utesluta från vår huvudredovisning som ju består av kvinnor som varit gravida någon gång efter inskrivning.

De sju fallen där man trots att kvinnan varit gravid består av tre exempel på att LVM fastställts trots att det visar sig att kvinnan inte var gravid och fyra situationer där LVM avskrivits eller upphävts när det visat sig att kvinnan inte är gravid. För Yvones, Evas, Linas och Desirées del är det uppenbart att antagandet om en graviditet spelat en avgörande roll i sammanhanget. I Yvones fall väljer socialtjänsten att inte gå vidare efter att förmodan avstyrkts. Det framgår inte att det just är av denna anledning ärendet avskrivs, men utifrån den tillgängliga informationen verkar Yvonne vara mycket illa dären – också jämfört med de andra kvinnorna vi beskrivit här. Gemensamt för Yvonne, Eva, Lina och Desirée är att omhändertagandet antingen upphävts eller så har socialtjänsten valt att inte gå vidare med en ansökan om enligt § 4 LVM. I Desirées fall sägs det explicit att beslutet hänger på resultatet av det graviditetstest hon tar på institutionen eftersom det förefaller osannolikt att Desirées vårdbehov fyller kraven till LVM.

Pia, Andrea, Monica och Maria är alla under 30 år och där har omhändertagandet fastställts trots att det inte fanns någon graviditet vid inskrivning och alla har blivit kvar i LVM-vården.

Alla kvinnor vi beskrivit här, förutom Andrea, har barn sedan tidigare. I Desirées fall framgår det inte av vårt material om dottern bor med henne eller inte, men i de övriga fallen är barnen antingen placerade i familjehem eller bor hos pappa/släkting.

I sin genomgång av tidigare studier kring vilka som vårdas enligt LVM (jämfört med de som vårdas frivilligt) beskriver Storbjörk (2010) hur kvinnor med barn under 18 år och kvinnor (och unga människor) som lever tillsammans med en annan missbrukare har "en förhöjd risk" att vårdas enligt LVM. Hur det ser ut med eventuella partner och deras missbruk framgår inte så ofta i vårt material eftersom akterna ofta är relativt kortfattade, särskilt när ärendena har avskrivits. Men vi vet att åtminstone ett par av våra kvinnor har partners som också har missbruksproblem.

Storbjörks genomgång pekar också på att det är vanligare att yngre personer får LVM jämfört med äldre. I kriterierna för LVM finns ju också att man ska riskera att förstöra sitt liv, vilket i en krass mening innebär att man kanske prioriterar personer med många år framför sig. Regeringsrätten (Högsta förvaltningsdomstolen) har avvisat att lagen ska tolkas på det sättet (Svensson 2012) men det finns tecken som tyder på att det tas sådana hänsyn i praktiken. På samma sätt visar tidigare studier att narkotikamissbruk allmänt anses vara allvarigare än alkoholmissbruk och att tröskeln för ett LVM-omhändertagande är motsvarande lägre beroende på vilken drog som är den dominerande. Här är det emellertid svårt att hålla ålder och drog isär eftersom det är betydligt vanligare med narkotikamissbruk bland yngre och alkoholmissbruk bland



äldre personer. Gränsen mellan gammal och ung verkar gå vid 30–35 (Storbjörk 2010). Den starka ålderssegregeringen när det gäller primärdrög är också tydlig bland LVM-klienterna (Statens institutionsstyrelse 2011).

Med utgångspunkt i de nämnda studierna ser vi att "våra" kvinnor passar ganska väl in i den bilden. De äldre kvinnorna (alla över 35 år) har i första hand ett alkoholmissbruk, de yngre främst ett narkotikamissbruk. Alla, förutom en, har barn sedan tidigare och flera har barn som blivit omhändertagna. De äldre kvinnornas omhändertaganden upphävs eller avskrivs medan de yngre kvinnorna fortsätter inom LVM-vården trots att de inte är gravida (med undantag för Desirée).

De fall vi beskrivit här är ju bara ett fåtal och det är omöjligt att dra några långtgående slutsatser. Vi kan emellertid konstatera att antagandet om graviditet har spelat roll för beslutet om ett omhändertagande i flera fall, och en avstyrkt förmodan har spelat roll för beslutet om att upphäva eller inte upphäva omhändertagandet. Vår sammanställning går också i samma riktning som tidigare studier, där man påpekat att även ålder och typ av drog har betydelse i sammanhanget.

Vi avslutar detta kapitel med en kvinna som inte ingår i vårt material men som kan vara illustration på att även det motsatta kan hända – det vill säga att *ingen* misstänkt att kvinnan är gravid, inte ens kvinnan själv, när barnet "plötsligt" kommer till världen:

#### När ingen misstänker graviditet ...

Terese är 35 år när hon kommer till LVM-vården i december. I slutet på augusti kontaktades socialtjänsten av neonatalavdelningen på universitetssjukhuset som berättar att Terese fött ett barn på akutmottagningens toalett samma natt. Hon hade sökt sig till sjukvården för buksmärter. Det fanns starka misstankar om att hon var påverkad av droger. "Terese hade under hela morgonen uppträtt hotfullt mot personal samt hotat att ta med barnet från sjukhuset varvid sjukhuspersonalen hade blivit tvungen att kontakta portvakten för hjälp". Ett drogtest visar att hon är positiv på cannabis och amfetamin och det nyfödda barnet är också positiv på amfetamin vid födseln.

Dagen efter omhändertas barnet. Terese bedöms vara inne i ett aktivt missbruk, hon deltar inte i den frivilliga planeringen och bedöms vara oförmögen att ta hand om barnet som fötts fyra veckor för tidigt och är abstinent vid födseln. Enligt socialtjänsten utredning har Terese missbrukat under graviditeten och inte vänt sig till mödravårdscentralen eller på annat sätt ändrat sin livsföring med anledning av graviditeten – vilket tyder på att Terese inte haft vetskap om att hon varit gravid.

Både Terese och barnet skrivs in på ett mamma-barnhem för utredning kring föräldraförmågan, men Terese håller sig i stort sett borta från såväl sjukhuset som mamma-barnhemmet och är inne i ett aktivt missbruk. Efter någon månad inleds en LVM-utredning och när hon kommer till LVM-hemmet är både sonen och de tre äldre barnen omhändertagna enligt LVU. Terese ingår inte i vårt material eftersom hon inte varit gravid under placeringen utan fick barn några månader innan.



## 6. Sammanfattning och diskussion

I denna rapport presenteras resultaten från en studie av kvinnor som varit gravida i anslutning till placering inom LVM-vården under perioden 2000–2009. Studien är därmed den enda i princip heltäckande kartläggningen av gravida kvinnor i LVM-vården under ett helt decennium. Tidigare kartläggningar har antingen rört ett urval gravida under en begränsad period eller gravida vid en enskild LVM-institution.

Den största utmaningen i arbetet har varit att hitta alla kvinnor som varit, eller förmodats vara, gravida i samband med placering inom LVM-vården. Inom SiS saknas ett myndighetsövergripande system som registrerar graviditeter. DOK-systemets inskrivnings- och utskrivningsintervjuer är en bra utgångspunkt för en sådan kartläggning, eftersom intervjuformulären innehåller frågor om eventuell graviditet, men systemet är behäftat med ett bortfall – och DOK-intervjuerna kan heller inte fånga in fall där graviditeten inte är känd, eller ens uppkommen, vid intervjutillfället. Eftersom vi också har varit intresserade av hur socialtjänsten och rätten i praktiken hanterat ärenden som rör gravida, har vi även inkluderat fall där det endast har funnits en förmodad graviditet i samband med omhändertagandet och dessa fall hade vi inte kunnat identifiera via till exempel DOK-systemet. Identifieringen av vår målgrupp har således skett genom manuella sökningar, främst i form av läsning av akter på plats (på institutionen eller på Riksarkivet). Uppgifterna som vi har samlat in om de kvinnor som vi småningom har lyckats identifiera har hämtats från ett antal olika källor inom SiS. Vissa uppgifter på grupp-nivå rörande barnen som fötts av kvinnor som vårdats inom LVM-vården har hämtats från Medicinska födelseregistret.

Totalt hittades 150 fall där en kvinna varit eller sannolikt varit gravid vid något tillfälle i anslutning till placering inom LVM-vården samt 8 fall där kvinnan endast antagits vara gravid. De 150 graviditeter vi tror oss ha hittat omfattade 142 kvinnor. Det handlar nästan uteslutande om kvinnor som skrivits in enligt LVM, företrädesvis enligt 13 § LVM. I 21 fall har kvinnan blivit eller sannolikt blivit gravid under placeringen, främst i samband med avvikning.

Genomsnittsåldern bland kvinnorna som ingår i studien är 28 år, vilket är klart yngre än bland kvinnor i LVM-vården generellt. Men åldersspridningen är stor – mellan 18 och 45 år. Missbruksmönstret är i grunden detsamma som vi ser hos yngre LVM-klienter. De allra flesta har någon form av blandmissbruk och enligt vår indelning har två tredjedelar av kvinnorna narkotika och läkemedel som sina huvuddroger, alternativt i kombination med alkohol. Nästan sju av tio använder minst tre olika droger. När det gäller enskilda droger är opiater och amfetamin de vanligaste *huvuddrogerna*. Jämfört med unga LVM-klienter generellt är det fler bland de gravida som har alkohol som huvuddrog (knappt en fjärdedel). Ungefär två av tre använder bensodiazepiner,

hälften använder heroin och fyra av tio missbrukar alkohol. I sju av tio fall har kvinnan ett relativt aktuellt injektionsmissbruk.

Ett fåtal av kvinnorna har arbetsinkomster, de flesta uppstår försörjningsstöd eller annat ekonomiskt bistånd. Ungefär hälften av kvinnorna försörjer sig enbart på bistånd från socialtjänst eller Försäkringskassan. De övriga har även inkomster från kriminell verksamhet, prostitution eller liknande. När det gäller boende är fördelningen likartad; ungefär hälften av kvinnorna har ett stadigt boende medan övriga är bostadslösa, bor på institution, bor hos familj eller har ett annat "oförutsägbart" boende.

Så gott som alla kvinnor i vår studie lever tillsammans med en partner eller har en partnerrelation, vilket skiljer denna grupp från övriga LVM-klienter. I minst två av tre fall missbrukar även partnern, så det kan ifrågasättas huruvida partnerrelationen är en skyddsfaktor i sammanhanget. När det gäller familjesituation i övrigt har kring 40 procent av kvinnorna minderåriga barn sedan tidigare. Totalt rör det sig om 57 kvinnor som tillsammans har 115 minderåriga barn. Flertalet (fyra av fem) av dessa kvinnor har ett eller flera barn som är föremål för omhändertagande insatser, såsom foster- eller familjehemsplacering, vilket är betydligt högre jämfört med andra LVM-klienter.

Kvinnorna i vår studie har, som andra LVM-klienter, ett brett spektrum av fysiska och psykiska sjukdomar och besvär. Två av tre har hepatit C, och andra återkommande problem är astma, tandinfektioner, klamydia, hiv, högt blodtryck med mera. En faktor som påverkar såväl kvinnans som fostrets hälsa är rökning. Vi har inga säkra uppgifter om rökning men enligt våra noteringar röker åtminstone två av tre av kvinnorna i vårt material. Därutöver finns olika exempel på psykisk ohälsa, såsom självskadebeteende, neuropsykiatriska störningar, hjärnskador eller personlighetsstörning. Många kvinnor har blivit sexuellt utnyttjade eller misshandlade, även under graviditeten. Och kvinnorna kan själva också utöva våld – mot andra eller riktat mot fostret. Samtidigt finns det exempel på kvinnor med relativt god hälsa eller som har besvär som enbart är relaterade till själva graviditeten.

I hälften av fallen har kvinnan inte tidigare vårdats inom SiS. Fyra av tio har dock tidigare vårdats enligt LVM, vilket motsvarar förhållandet bland kvinnliga LVM-klienter generellt. En av fem har vårdats inom SiS tre eller fler gånger tidigare.

Det är socialnämnden som ansöker om vård enligt LVM men det kan vara ett antal olika aktörer involverade i en anmälan eller en utredning. Det är svårt att säga vilka aktörer som är "vanligast" i sammanhanget, och det är heller inte så viktigt eftersom en del av graviditeterna i vår studie inte alls är kända vid tidpunkten för omhändertagandet heller. Men det förekommer anmälningar från såväl familj och polis som mödrhälsovård och psykiatri. Vi ser också många exempel på att läkarutlåtanden är en viktig del i utredningen, och ibland kan läkarna starkt understryka behovet av vård just för fostrets skull.

I 125 fall vet vi att kvinnan var gravid redan vid inskrivningen och oftast är graviditeten då känd av socialtjänsten. I genomsnitt var kvinnorna cirka i vecka 21 vid inskrivningen och fördelningen var ganska jämn mellan olika trimestrar.

I vårt material har vi hittat 30 fall där kvinnan fått substitutionsbehandling i anslutning till graviditeten. Det förekommer även att klienter fortsättningsvis får subutex

eller metadon förskrivet under institutionsvistelsen av medicinska skäl och det görs oftast särskilda avvägningar när det gäller läkemedelsanvändning av hänsyn till fostret. Ungefär hälften av kvinnorna återfaller också under LVM-tiden, oftast i samband med vård i öppnare former eller i samband med avvikningar och liknande. Drygt hälften av dessa återfallsincidenter sker medan kvinnan fortfarande är gravid.

Med hjälp av uppgifter på gruppnivå från Medicinska födelseregistret har vi klarlagt att det har fötts totalt 94 levandefödda barn, varav ett tvillingpar, av kvinnor som varit gravida under placering i LVM-vården under perioden 2000–2009. I 40 fall gjorde kvinnan säkert eller sannolikt abort. Aborterna genomförs i genomsnitt cirka i vecka 13. Fyra aborter görs efter vecka 18 då tillstånd från Socialstyrelsen krävs. I de flesta fall genomförs aborten medan kvinnan är intagen på LVM-hemmet.

Graviditeterna har alltså resulterat i barn i drygt 60 procent av fallen. Knappt sex av tio kvinnor som fick barn var förstföderskor. Av 92 enkelbördsgraviteter föddes 53 procent pojkar och 47 procent flickor. Barnens genomsnittliga födelsevikt var 3 191 gram, vilket är runt 360 gram lägre än genomsnittet i befolkningen som helhet. En del av skillnaden kan troligen förklaras av att andelen barn som föddes prematurt också var högre i vår grupp – 12 procent jämfört med cirka 5 procent i befolkningen. Dessutom var det något högre andel kejsarsnitt bland våra kvinnor jämfört med bland befolkningen. Barnens födelsevikt är dock helt jämförbar med födelsevikten hos barnen som fötts av kvinnor som omhändertagits vid Borgestadklinikken i Norge.

Förutom födelsevikten mäts även barnets tillstånd med hjälp av Apgar-skalan en respektive fem minuter efter födseln. Andelen barn med låg Apgar (< 7 efter fem minuter) var drygt 5 procent i vår studie, jämfört med drygt 1 procent i befolkningen. Barnen som föddes av kvinnor som varit gravida inom LVM-vården hade med andra ord en lägre genomsnittlig födelsevikt och en högre andel med låg Apgar. Dessutom föddes relativt flera barn prematurt. Det är troligen flera faktorer som bidrar till skillnaden; förutom den direkta inverkan som drogerna har på fostret vet vi att flertalet av kvinnorna röker – ibland ganska mycket – och det är troligt att kvinnornas levnadsförhållanden generellt är klart ogynnsamma för fostrets utveckling.

Drygt hälften av kvinnorna som fick barn var fortfarande inskrivna på LVM-hemmet när barnen föddes. Vad som sker efter detta beror i stor grad på om barnet omhändertas eller inte. Kvinnan kan inte återvända till LVM-hemmet tillsammans med barnet, det vanliga är då att kvinnan och barnet placeras på ett mamma-barnhem eller i ett familjehem och fortsätter vårdas enligt 27 § LVM. I vissa fall återvänder kvinnan till LVM-hemmet medan barnet fosterhemsplaceras. Drygt 60 procent av kvinnorna som fick barn skrevs ut till fortsatt vård (HVB, familjehem, eftervård eller liknande) medan drygt 20 procent skrevs ut till eget boende. Nästan 9 av 10 som fick barn vårdades i öppnare former enligt 27 § LVM minst en gång under den aktuella placeringen. Endast ett fåtal av kvinnorna återkom till LVM-vården inom ett år.

Lite mer än hälften av barnen omhändertogs inte i samband med förlossningen men kan ha blivit omhändertagna senare. I knappt 30 procent av fallen finns det dokumentation om att ett omhändertagande gjordes relativt snabbt efter födseln medan detta inte framgår i övriga fall.

## Socialnämndens och länsrättens hantering av gravida missbrukare

Vår studie omfattar kvinnor som varit gravida vid något tillfälle under placeringen i LVM-vården, eller som förmodats vara gravida i anslutning till placeringen. Det betyder också att en del kvinnor varit gravida redan vid inskrivningen, utan att det har varit känt av vare sig kvinnan eller någon annan. Dessutom ingår även kvinnor som blivit gravida under placeringen, vilket innebär att deras graviditet inte kan ha spelat någon roll för beslutet om ett omhändertagande. Därtill bör också nämnas att ett fåtal av kvinnorna i vår studie har vårdats frivilligt enligt SoL. Det är också viktigt att påpeka att vi utgår från SiS egna system, vilket innebär att vi endast studerar personer som har aktualiserats för vård inom SiS – vi kan inte veta hur många klienter, gravida eller inte, som har varit föremål för utredning inför ett eventuellt tvångsomhändertagande men där de inte aktualiserats i SiS register.

Frågan om – och i så fall hur – en klients graviditet har betydelse i samband med ett tvångsomhändertagande måste således besvaras utifrån dessa förutsättningar. Vår granskning har visat att graviditet i många fall har en betydelse, vilket man också kunde förvänta. Det innebär dock inte att betydelsen är densamma i alla sammanhang. Ibland är det socialnämnden som trycker hårt på frågan i sin ansökan om vård medan rätten, åtminstone i det som framgår i beslut och domar, förhåller sig neutral eller ignorerande till "graviditetsargumentet". Ibland bemöter rätten också ett sådant argument och avvisar dess relevans i sammanhanget – även om omhändertagandet fastställs. Sedan finns det exempel på att rätten själv anför graviditeten som ett (av flera) skäl till omhändertagandet. Om graviditeten har varit avgörande eller inte är oftast omöjligt att bedöma, även i de fall där rätten själv inte nämner frågan men kanske har påverkats av detta i alla fall. Det finns dock exempel på att graviditetsfrågan har varit avgörande. Det gäller till exempel beslut om att upphäva ett omhändertagande eller inte gå vidare med en ansökan om vård i samband med att kvinnan gjort abort. Det gäller också några fall där kvinnan skrivs ut från LVM-vården efter att barnet fötts, då man ansett att syftet med vården är uppnått. I exemplet med Ronja ser vi också att den maximala vårdtiden i praktiken förlängs så att hon ska hinna föda sitt barn. De argument som anförs är i huvudsak följande:

- Att missbruka under graviditet är ett tecken på hur allvarligt missbruket är.
- Fostrets hälsa och barnets framtida situation äventyras om kvinnan fortsätter missbruka.
- Graviditeten innebär en risk för kvinnans hälsa, särskilt hennes psykiska hälsa.

Dessa argument är också sådana som har förts fram i tidigare utredningar på området. Ibland beaktas och förstärks argumenten av länsrätten, ibland konstateras de utan vidare ställningstagande och ibland avvisar länsrätten deras giltighet.

Eftersom lagen inte medger att man tar hänsyn till fostret, vilket både socialnämnder och länsrätt ibland poängterar, väljer socialnämnden eller rätten i stället att argumentera med hänsynen till kvinnans hälsa. Det vill säga att hon kan komma att må psykiskt dåligt av att eventuellt bidra till att barnet fått oåterkalleliga skador. I den

mån det går att tala om en praktik, så är detta ett exempel. På webbplatsen socialjuridik.se ges råd och praktiska tips till socialsekreterare i samband med LVM-omhändertaganden. Här finns också ett eget avsnitt om gravida kvinnor med pågående missbruk:

*Skyddet för närstående gäller inte för det ofödda barnet. Resonemanget har i stället fokuserats till den blivande modern där det anses att om inte hennes vägran till medverkan till vård kan tillskrivas en psykisk störning är det rimligt att det beror på missbruket och att drogberoendet tagit en så allvarlig vändning att hon är i trängande behov av vård för att komma ifrån detta.*

*Alltså, pröva 4 § LVM:s kriterier på den blivande modern. Även den blivande moderns psykiska hälsa kan på sikt skadas om hennes barn föds med oåterkalleliga skador. (www.socialjuridik.se).*

Om en eventuell lagändring skulle leda till att fler gravida kvinnor tvångsvårdas är omöjligt att säga även om det torde bli något fler. Men fler omhändertaganden skulle troligen explicit motiveras av hänsyn till barnet i stället för att gå vägen om andra argument.

Perselli (1998) har beskrivit hur frågan om gravidas problematiska användning av droger, utifrån fostrets perspektiv, dök upp i samhällsdebatten i början på 1980-talet, även om lagtexten inte innehåller några särskilda skrivningar vare sig om kvinnor, gravida eller ofödda barn. Perselli menar att "LVM har en annan praxis vad gäller gravida missbrukare än andra missbrukare" (sidan 31). Både Socialstyrelsens genomgång från 2007 och Missbruksutredningens resonemang kring gravida missbrukare visar eller antyder att det, trots avsaknad av formell lagreglering, har utvecklats en praxis där graviditet ibland tillmäts betydelse vid ett omhändertagande enligt LVM eller LPT. För, medan utredningar kommer och går och debatterna fortgår, så konfronteras samhället med kvinnor som både missbrukar och är gravida: på akutmottagningar, vårdcentraler, via socialjouren, i psykiatri och hos polisen. Kvinnorna sätter systemet på prov eftersom det inte formellt är möjligt att tillmäta hänsynen till det ofödda barnet någon direkt betydelse samtidigt som det i praktiken är svårt att helt bortse från prognoserna för det barn som snart blir ett eget rättssubjekt.

Sövig (2011) anser att legitimiteten i den norska lagstiftningen om tvångsvård av gravida i stor grad beror på om åtgärden faktiskt innebär en möjlighet att barnets hälsa påverkas positivt. Barnen i denna studie mår i genomsnitt sämre än barn i allmänhet gör, men det är förstås inte möjligt att säga om ett tvångsomhändertagande har förhindrat ännu större skada, om det inte har betytt något alls, eller om det rentav har förvärrat barnets hälsa. Det är givetvis av stor betydelse att vi hela tiden strävar efter att mäta insatsens faktiska betydelse, vare sig det handlar om klienten själv eller barnet. Problemet är dock att vi ofta ställs inför en kontrafaktisk bevissituation; det går inte att säga vad som hade hänt om vi inte hade gjort på ett visst sätt. Att till exempel randomisera klienter till olika insatser för att komma närmare svaret på den frågan är samtidigt otänkbart.

Vi hoppas att denna kartläggning kan bidra med kunskap om en grupp missbrukare som är mycket liten rent kvantitativt men som väcker stora känslor och som fortfarande

är föremål för särskild uppmärksamhet i lagar, utredningar och samhällsdebatten. Vi hoppas även att rapporten kan vara en grund för uppföljningar av såväl kvinnorna som barnen. Det finns många intressanta frågor att ställa kring betydelsen av föräldraskap för kvinnornas eventuella återhämtning och långsiktiga konsekvenser för barnen.

## 7. Referenser

- Armeliuss, B-Å; Bihlar, B; Fahlke, C; Fridell, M; Katz, LH; Reitan, T. (2010). BiB 2010. *Bedömningsinstrument inom behandling och forskning för missbruks- och beroendevård*. Statens institutionsstyrelse. Stockholm.
- Baca, CT; Yahne, CE. (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment* 36 (2): 205–219.
- Bakstad, B; Welle-Strand, G. (2011). *Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddellassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*. Helsedirektoratet, retningslinje IS-1876. Oslo.
- Bergmark, KH. (2005). Hur moderna är vi? Alkohol och tidsandan. I: Hilde, M. (Redaktör). *Kön, behandling och kunskap*. Studentlitteratur, sidan 25–44. Lund.
- Blomqvist, J. (2001). Att lägga sitt missbruk bakom sig – om ”spontanläkning” och betydelsen av behandling. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 18 (2): 163–174.
- Borgestadklinikken. (2009). *Årbok 2008*. Tillgänglig på [www.borgestadklinikken.no](http://www.borgestadklinikken.no)
- Chisolm, MS; Brigham, EP; Lookatch, SJ; Tuten, M; Strain, E; Jones, HE. (2010). Cigarette smoking knowledge, attitudes, and practices of patients and staff at a perinatal substance abuse treatment center. *Journal of Substance Abuse Treatment* 39 (3): 298–305.
- Christophs, I. (2002). *Tvångsvård på gott och ont*. FoU-rapport 2002:5. Stockholms stad.
- Cisneros, Örnberg, J. (2009). *The Europeanization of Swedish Alcohol Policy*. Stockholm studies in politics 128. Statsvetenskapliga institutionen, Stockholms universitet.
- Cisneros, Örnberg, J. (2012). Innanför och utanför nationens gränser – svensk alkoholpolitik i förändring. I: Storbjörk, J. (red.). *Samhället, alkoholen och drogerna: Politik, konstruktioner och dilemman*. Stockholms universitets förlag, sidan 71–87. Stockholm.
- Deding, M. (red.). (2011). *Forskning om tvang i misbrugsbehandling*. SFI Campbell, rapport 11:05. Köpenhamn.

- Durant, R; Thakker, J. (2003). *Substance Use & Abuse. Cultural and Historical Perspectives*. Thousand Oaks, Sage. California.
- Ekendahl, M. (2001). *Tvingad till vård. Missbrukares syn på LVM, motivation och egna möjligheter*. Avhandling. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet. Stockholm.
- Falk, L. (2002). *Sex månader efteråt. Uppföljning vid Hornö LVM-hem*. Allmän SiS-rapport, nr 3. Statens institutionsstyrelse.
- Fridell, M; Billsten, J; Jansson, I; Amylon, R. (2009). *Femårsuppföljningen. Kvinnor vårdade vid Lundens ungdomshem och LVM-hem*. Forskningsrapport nr 1, Statens institutionsstyrelse.
- Gerdner, A. (2005). Tvångsvårdens utfall och effekt. I: Arlebrink, A; Kronberg, ML. *Tvångsvård vid missbruk. LVM i teori och praktik*. Studentlitteratur, sidan 217–254. Lund.
- Grimstad, V; Kristiansen, R. (2009). *Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST §6-2a i perioden 2006–2008 – sammenlignet med funnene fra 1996–2005*. Borgestadklinikken. Skien.
- Hajighasemi, A. (2008). *Ett kontrakt för livet. Utvärdering av en särskild satsning på missbrukarvården*. SiS följer upp och utvecklar, nr 3. Statens institutionsstyrelse.
- Hansen, F; Svenkerud, S. (2006). *Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST §6-2a i perioden 1996–2005*. Borgestadklinikken. Skien.
- Helsedirektoratet (2011). *Nasjonal retningslinje for gravide i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder*. Helsedirektoratet. Oslo.
- Hilte, M. (red.). (2005). *Kön, behandling och kunskap. Om olika vägar ut ur missbruk och social marginalisering*. Studentlitteratur. Lund.
- Howell, EM; Heiser, N; Cherlow, A; Mason, M-L; Ewell, D; Rotwein, S. (2000). Identifying Pregnant Substance Abusers and Studying their Treatment using Birth Certificates, Medicaid Claims, and State Substance Abuse Treatment Data. *Journal of Drug Issues* 30 (1): 205–224.
- Jacobsson, M. (2004). *Konflikten som inte blir av – argumentation och kommunikation i LVM-förhandlingar. I: Tvång och förändring – rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård*. SOU 2004:3. Forskningsbilaga.



Jakobsson, A; Hensing, G; Spak, F. (2005). Developing a Willingness to Change: Treatment-Seeking Processes for People with Alcohol Problems. *Alcohol & Alcoholism* 40 (2): 118–123.

Jansson, I. (2010). *Femårsuppföljning av tvångsvårdade kvinnor. Inverkan av psykiska problem på utfallet*. Avhandling. Institutionen för psykologi. Lunds universitet.

Johnsson, E; Fridell, M. (1999). "Plötsligt får man lust att leva". *En grupp narkomaners berättelser om sina självmordsförsök*. Forskningsrapport nr 2. Statens institutionsstyrelse.

Järvinen, M; Rosenqvist, P. (Redaktörer). (1991). *Kön, rus och disciplin. En nordisk antologi*. NAD-publikation nr 20. Helsingfors.

Klingemann, H. (1991). The Motivation for Change from Problem Alcohol and Heroin Use. *British Journal of Addiction* 86 (6): 727–744.

Knudsdotter, L; Wihlborg, M. (2002). *Flickorna i fokus. Ett underlag för verksamhetsplaneringen*. Allmän SiS-rapport, nr 7. Statens institutionsstyrelse.

Kurube, N. (2004). *Det förlorade livet eller livet som oändlig kamp. LVM-klienters livshistorier med fokus på kvinnor*. Forskningsrapport nr 2. Statens institutionsstyrelse.

Körlof, M-L. (2004). *Kvinnor i LVM-vård*. Allmän SiS-rapport, nr 10.

Larsson, J; Leiniö, TL. (2012). *Beskrivning och 12-månaders registeruppföljning av vuxna klienter intagna på SiS institutioner 1999–2003*. Institutionsvård i fokus nr 3. Statens institutionsstyrelse.

Laanemets, L; Kristiansen, A. (2008). *Kön och behandling inom tvångsvård*. Forskningsrapport nr 1. Statens institutionsstyrelse.

Leppo, A. (2009). Illusionen om enkla lösningar. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 26 (3): 314–317.

Leppo, A; Hecksher, D. (2011). The Rise of the Total Abstinence Model. Recommendations Regarding Alcohol Use during Pregnancy in Finland and Denmark. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 28 (1): 7–27.

Lundeberg, IR; Mjåland, K; Søvig, KH; Nilssen, E; Ravneberg, B. (2010). *Tvang overfor rusmiddelavhengige. Evaluering av Lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3*. Uni Rokkansenteret, rapport nr 2. Bergen.

- Mattsson, T. (2005). *I viljan att göra det normala. En kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården*. Egalité. Malmö.
- Nordlie, E. (2012). Födelsvekt hos barn födt av tvångsinnlagte gravide rusmiddelmissbrukere. *Rusfag* (1): 127–136.
- Nordvall, U-K; Thalén, E. (1997). *Uppföljning av LVM-hemmet Lundens gravida missbrukare*. Stencil. Lundens LVM-hem. Lund.
- Nordvall, UK; Thalén, E. (1997). *Uppföljning av LVM-hemmet Lundens gravida missbrukare*. Opublicerad stencil. Lundens LVM-hem. Lund
- Olsson, B; Blomqvist, J; Edman, J; Göransson, B; Sahlin, I; Träskman, PO; Törnqvist, D. (2011). *Narkotika. Om problem och politik*. Norstedts Juridik. Stockholm.
- Ondersma, SJ; Winhusen, T; Lewis, DF. (2010). External Pressure, Motivation, and Treatment Outcome Among Pregnant Substance-Using Women. *Drug and Alcohol Dependence* 107 (2–3): 149–153.
- Pakkanen, M; Lindblom, B; Olausson, PO; Rosén, M. (2004). Stora regionala skillnader i förlossningsvårdens resultat. *Läkartidningen* 101(43): 3 320–3 325.
- Persson, L. (2006). *Vilket kön får barnet? Välfärd, nr 1*. Statistiska centralbyrån.
- Pettersson, C. (2003). *Sex månader efteråt. Uppföljning vid Behandlingshemmet Rällsögården*. Allmän SiS-rapport, nr 1. Statens institutionsstyrelse.
- Pettersson, T. (2009). *Att arbeta på enkönade eller blandade avdelningar*. SiS följer upp och utvecklar, nr 1. Statens institutionsstyrelse.
- Reitan, T. (2011). Gravida missbrukare inom svensk tvångsvård. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 28 (3): 211–233.
- Reitan, T. (2012). Gravida kvinnor i tvångsvården. I: Storbjörk, J. (red.). *Samhället, alkoholen och drogerna: Politik, konstruktioner och dilemman*. Stockholms universitets förlag, sidan 181–199. Stockholm.
- Robertson, E. (2005). *Barnmorskors kompetens, en resurs i behandling? Erfarenheter från LVM- och LVU-vården vid Lunden*. Allmän SiS-rapport, nr 8. Statens institutionsstyrelse.
- Socialdepartementet. (2008). *Kommittédirektiv. Översyn av missbruks- och beroendevården*. Direktiv S 2008:48.

- Socialdepartementet. (2009). *Insatser för en alkohol- och narkotikafri graviditet*. Departementspromemoria, Ds 2009:19.
- Socialdepartementet. (2011). *Regeringens åtgärdsprogram för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2011*.
- Socialstyrelsen. (2002). *Fakta om mammor, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973 till 2000*.
- Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten*. Avrapportering av regeringsuppdrag.
- Socialstyrelsen. (2006). *Aborter 2005. Statistik – Hälsa och sjukdomar 2006:2*.
- Socialstyrelsen. (2007a). *Gravida kvinnor med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem. Avrapportering av regeringsuppdrag*.
- Socialstyrelsen. (2007b). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*.
- Socialstyrelsen. (2007c). *Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2005*.
- Socialstyrelsen. (2009). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2007*.
- Socialstyrelsen. (2012). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2010. Assisterad befruktning 1991–2009*.
- SOSFS 2009:27. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*.
- SOU 1989:51. *Den gravida kvinnan och fostret – två individer. Om fosterdiagnostik . Om sena aborter*. Slutbetänkande av Utredningen om det ofödda barnet.
- SOU 1981/82:22. *Socialutskottets betänkande om lag om vård av missbrukare i vissa fall*.
- SOU 1987:11. *Skydd för det väntade barnet*.
- SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individen, kunskapen och ansvaret*.
- Statens institutionsstyrelse. (2004). *Årsrapport DOK 02. Allmän SiS-rapport, nr 7*.
- Statens institutionsstyrelse. (2006). *Årsrapport DOK 05. Allmän SiS-rapport, nr 5*.

- Statens institutionsstyrelse. (2008). *Årsredovisning 2007*.
- Statens institutionsstyrelse. (2009). *Årsrapport DOK 08*. Allmän SiS-rapport, nr 6.
- Statens institutionsstyrelse. (2010a). *Personer intagna på SiS LVM-institutioner 2009. En sammanställning av DOK inskrivningsintervju*. Allmän SiS-rapport, nr 7.
- Statens institutionsstyrelse. (2010b). *Årsredovisning 2009*.
- Statens institutionsstyrelse. (2010c). *SiS LVM-vård. En jämförande studie av missbruksvården före och efter 2004 års LVM-utredning*. Allmän SiS-rapport, nr 9.
- Statens institutionsstyrelse. (2011). *Personer intagna på SiS LVM-institutioner 2010. En sammanställning av DOK inskrivningsintervjuer*. Institutionsvård i fokus, nr 5.
- Statens institutionsstyrelse. (Olika år). *Verksamhetsplaner*.
- Stenius, K. (2008). Synliggör tvånget inom psykiatrin! *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 25 (5): 335–336.
- Storbjörk, J. (2010). Vem tvångsvårdas? Utmärkande drag för tvångsvårdade respektive frivilligt vårdade personer med alkohol- och narkotikaproblem. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27 (1): 19–46.
- Svensson, B. (2001). *Vård bakom låsta dörrar. Lunden, ett LVM-hem för kvinnor*. Forskningsrapport nr 1. Statens institutionsstyrelse.
- Svensson, B. (2002). En jämförelse mellan tvångsvård för män och för kvinnor. Om det maskulina, feminina, traditionella och moderna inom tvångsvården. I: Leissner, T & Hedin, U-C. (red.). *Könsperspektiv på missbruk*. Bjurner & Bruno. Bettna.
- Svensson, G. (2012). *Högsta förvaltningsdomstolen och tvångsvården. Om betydelsen i rätts-säkerhetshänseende av domstolens domar angående LVU och LVM*. Norstedts Juridik. Stockholm.
- Sveriges kommuner och landsting & Socialstyrelsen. (2010). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2010*.
- Söderström, K; Skolbekken, J-A. (2012). Pregnancy and Substance Abuse – the Norwegian § 10-3 Solution. Ethical and Clinical Reflections Related to Incarceration of Pregnant Women to Protect the Foetus from Harmful Substances. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 29 (2): 155–171.

Søvig, KH. (2007). *Tvang overfor rusmiddelavhengige. Sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3*. Fagbokforlaget. Bergen.

Søvig, KH. (2011). Detention of Pregnant Women to Protect the Foetus – Nordic Perspectives. I: Rynning, E, Hartlev, M. (red.). *Nordic Health Law in a European Context*, sidan 158–180.

Trulsson, K. (1998). *Det är i alla fall mitt barn*. Carlssons förlag. Stockholm.

Trulsson, K. (2006). *Dans på lina. Om kvinnors missbruk, familjeliv och behandling*. Carlssons förlag. Stockholm.

Trulsson, K. (2008). *Det slutna tjejrummet. Missbrukande kvinnor i tvångsvård*. SiS följer upp och utvecklar, nr 1. Statens institutionsstyrelse.

Ulmanen, P; Andersson, G. (2006). *Svensk social barnavård ur ett könsperspektiv*. SiS följer upp och utvecklar, nr 1. Statens institutionsstyrelse.

Walton-Moss, BJ; McIntosh, LC; Conrad, J; Kiefer, E. (2009). Health Status and Birth Outcomes Among Pregnant Women in Substance Abuse Treatment. *Women's Health Issues* 19 (3): 167–175.

Wilsnack, RW; Vogeltanz, ND; Wilsnack, SC; Harris, TR. (2000). Gender Differences in Alcohol Consumption and Adverse Drinking Consequences, Cross-Cultural Patterns. *Addiction* 95: 251–265.

Vinnerljung, B; Franzén, E; Danielsson, M. (2007). Teenage Parenthood among Child Welfare Clients: A Swedish National Cohort Study of Prevalence and Odds. *Journal of Adolescence* 30: 97–116.

# Bilaga

## Centrala begrepp och lagrum

Avskrivning	Socialnämnden drar tillbaka sin ansökan eller upphäver själv beslutet om omedelbart omhändertagande.
Avvikning	Oplanerad och ej godkänd frånvaro från LVM-hem eller annan vårdinrättning/vårdform under LVM-placering.
DOK	Dokumentationssystem för missbrukarvården.
HVB	Hem för vård och boende
Inskrivning	Datum då klienten skrivs in i LVM-vården. Klienten kan inleda vården på sjukhus eller vara avviken vid tillfället.
Intagning	Datum då klienten fysiskt anländer till LVM-hemmet.
KIA	SiS klient- och institutionsadministrativa system
LVM	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
4 § LVM	<p>Tvångsvård skall beslutas om,</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,</li><li>2. vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller på något annat sätt, och</li><li>3. han eller hon till följd av missbruket<ol style="list-style-type: none"><li>a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,</li><li>b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller</li><li>c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.</li></ol></li></ol>

Observera! LVM reviderades 2005, vilket innebär att formuleringar och numreringar har ändrats något under tidsperioden vi studerar. Ibland hänvisas det exempelvis till 4 § LVM, *första stycket* – vilket

hänvisar till den tidigare skrivningen i lagen (2001:464) om vård av missbrukare i vissa fall. Innehållsmässigt är det dock ingen skillnad.

13 § LVM	<p>Socialnämnden får besluta att en missbrukare omedelbart skall omhändertas, om</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. det är sannolikt att missbrukaren kan beredas vård med stöd av denna lag, och</li><li>2. rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att missbrukaren kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat, om han eller hon inte får omedelbar vård, eller på grund av att det finns en överhängande risk för att missbrukaren till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.</li></ol>
27 § LVM	<p>Statens institutionsstyrelse skall, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Socialnämnden skall se till att sådan vård anordnas.</p> <p>Om det inte längre finns förutsättningar för vård i annan form, får Statens institutionsstyrelse besluta att missbrukaren skall hämtas tillbaka till hemmet.</p>
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LVU	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
MVC	Mödravårdscentral
Placering	Perioden mellan inskrivning och utskrivning i LVM-vården.
SoL	Socialtjänstlag
Vårdtid	Antal dygn klienten vistas på LVM-hemmet, på sjukhus eller liknande vårdinrättning eller vårdas i öppnare former.
Upphäva	Förvaltningsrätten kan upphäva ett beslut om omedelbart omhändertagande. Beslutet kan också "upphäva sig självt" om till exempel ansökan om vård inte inkommer enligt gällande tidsfrister.
Utskrivning	Datum då klienten skrivs ut från LVM-vården. Vid vård i öppnare former enligt 27 § LVM är klienten fortfarande inskriven i vården.

HOT

Helse- og omsorgstjenesteloven (Norge). Ersätter tidigare Lov om sosiale tjenester, LOST).

§ 10-3. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige (ersätter LOST § 6-2a)

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelavhengig uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a andre ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpe tiltak ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet.

Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet.

Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom kommunen treffer avgjørelse om det innen denne fristen.

Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen to uker, faller det bort.

Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.



Foto: Sten-Åke Stenberg

Produktion och tryck: Ineko AB. 2012. Arb.nr: 181938.



Miljömärkt trycksak, 341 142

Frågan om gravida missbrukare har under många år varit aktuell och återkommande i såväl forskning som i samhällsdebatten. Vid flera tillfällen genom åren har det föreslagits att gravida kvinnor som har ett fortgående och allvarligt missbruk ska kunna omhändertas av hänsyn till barnets hälsa. Senast våren 2009 föreslogs en sådan ändring i lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, men frågan bereds fortfarande i regeringskansliet.

Trots att lagen inte medger omhändertaganden av gravida kvinnor på grund av hänsynen till barnet, tar LVM-vården årligen emot 15-20 kvinnor som är eller blir gravida i anslutning till placeringen. Under 2009 inledde Statens institutionsstyrelse därför en studie som syftade till att kartlägga och beskriva dessa kvinnor och utfallet av graviditeterna. Ytterligare ett syfte var att undersöka i vilken mån socialnämnder och domstolar ändå beaktade graviditeten i samband med beslutet om ett omhändertagande.

I studien ingår kvinnor som var placerade på något av SiS LVM-hem under åren 2000-2009 och som var, eller förmodades vara, gravida under någon del av placeringen. Uppgifterna samlades i huvudsak från olika källor inom SiS och totalt identifierades 150 graviditeter och 8 fall där man endast trodde att kvinnan var gravid. Graviditeterna resulterade i att 94 barn föddes. Jämfört med befolkningen som helhet hade barnen i denna studie lägre genomsnittlig födelsevikt, fler föddes prematurt och något fler förlöstes med kejsarsnitt. I drygt en fjärdedel av fallen gjorde kvinnan abort.

Granskningen av socialnämndernas underlag samt domstolarnas beslut och domar visar att graviditeten beaktas på olika sätt i samband med ett omhändertagande av kvinnan. När hänsynen till barnet inte egentligen får tillmätas betydelse kan man exempelvis argumentera med risken för kvinnans hälsa i stället; genom att påföra barnet oåterkalleliga skador kan kvinnans psykiska hälsa bli allvarlig försämrad. Utredningar och debatter som förts kring frågan under årens lopp visar på en närmast olöslig konflikt mellan kvinnans autonomi och hänsyn till barnets hälsa och framtid. Trots återkommande initiativ och önskemål om en reglering av denna motsättning är det socialnämnder och rätten som i praktiken löser konflikten från fall till fall.

ISBN 978-91-87053-10-8