

Länsgemensam riktlinje vid oro för väntat barn – samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland

Om riktlinjen

Detta är en länsgemensam riktlinje framtagen av Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna i Västra Götaland. Riktlinjen syftar till att tydliggöra och stärka samverkan mellan parterna till skydd för det väntade barnet.

Bakgrund

Redan under en graviditet kan det finnas behov av samverkan mellan olika aktörer för utökat stöd och skydd till fördel för det väntade barnet. Avsikten är att tillgodose behovet av insatser och att säkerställa att insatserna blir jämlika. Målet är att skapa säkerhet och trygghet för det väntade barnet genom att uppmärksamma blivande föräldrars levnadsvillkor, behov och föräldraförmåga samt bedöma risker ur ett medicinskt, socialt och psykologiskt perspektiv. Riktlinjen ska tydliggöra arbetsmodeller för att bättre tillgodose behovet av insatser med fokus på det väntade barnet.

Insatserna som avses i den här samverksamrutinen riktar sig till gravida som ämnar fullfölja sin graviditet, där det finns en oro för det väntade barnet. Insatserna riktar till den gravida och/eller närstående i form av stöd- och hjälpinsatser, med syfte att förebygga och förhindra att barnet far illa. Målgruppen är således väntat barn där det finns en oro eller där det väntade barnet riskerar att fara illa under graviditeten eller efter födelsen. Oro för det väntade barnet kan exempelvis handla om den gravidas, partners/medförälders eller annan närståendes:

- substansbruk, missbruk eller fosterskadligt bruk av läkemedel eller alkohol
- psykisk ohälsa/sjukdom
- somatisk sjukdom
- kognitiv eller annan funktionsnedsättning
- sociala problem, inklusive våld i nära relation eller hedersrelaterat våld
- levnadsförhållanden i övrigt

Riktlinjen förutsätter att insatserna för att förebygga och förhindra att barnet far illa planeras tillsammans med och kompletterar de insatser som direkt riktar till den gravida eller närståendes egna hälsa och välmående. När barnet är fött gäller följande lagtexter om samverkan vid oro för att barn far illa: HSL (2017:30) 16 kap. 4 § samt SOL (2001:453) 2 kap. 7 §.

Arbetsmodell för samverkan

Vid oro för ett väntat barn ska VGR eller kommunen tillfråga den gravida om samtycke att ta kontakt med den andra parten för att initiera en insats för stöd och hjälp. Avgörande för val av arbetsmodell för kontakten är om den gravida själv önskar en sådan kontakt eller inte.

Alternativ 1 Den gravida önskar själv stöd och hjälp från den andra parten och samtycker till att en kontakt tas

1. Om det är personal vid en barnmorskemottagning, eller vid annan enhet som vårdar en gravid som initierar kontakten, är det socialtjänsten som kontaktas. Respektive kommun definierar kontaktvägen, enligt lokalt överenskommen rutin. Det kan exempelvis vara kontakt

med förebyggandeenhet, mottagningsgrupp eller enhet för myndighetsutövning vuxen eller barn och unga.

2. Om det är kommunen som initierar kontakten är det mödrahälsovården som kontaktas enligt lokalt överenskommen rutin.
3. Vid behov kan den som initierar kontakten tillsammans med den gravida sammankalla relevanta aktörer till ett samverkansmöte. Om den ena parten gör bedömningen att det behövs ett sådant möte ska den andra parten delta.
4. En samordnad plan ska skrivas som underlag för planering av insatser för det väntade barnet. Planen kan ingå som en del i en samordnad individuell plan (SIP) för den gravida. Av planen ska respektive parts åtagande framgå.

Beroende på vilket behov av stöd och hjälp som den gravida önskar, graviditetens längden och hur allvarlig situationen upplevs vara, kan insatser i samverkan utformas på olika sätt. Insatserna kan variera över tid och kan kombineras.

Insatser från kommunen kan vara:

- Stöd och hjälp i öppna former. Exempel är öppen förskola, familjeförskola, familjecentral eller andra verksamheter som erbjuder förebyggande insatser utan biståndsbeslut.
- Stöd och hjälp till den gravida med fokus på det väntade barnet som en insats enligt socialtjänstlagen. Exempel är bistånd i form av försörjningsstöd, samtalsstöd eller föräldrastöd.

Insatser från VGR kan vara:

- Planering för och säkerställande av en sammanhållen vårdkedja mellan barnmorskemottagning, förlossningsavdelning, BB, neonatalvård och barnhälsovård med flera.
- Individualiserat stöd i föräldraskapet, synliggörande av det väntade barnets behov, eller andra förebyggande insatser.
- Vård av den gravida med fokus på det väntade barnet. Exempel är specialistvård vid psykisk och somatisk sjukdom eller substansbruk, missbruk eller fosterskadligt bruk av läkemedel eller alkohol.

Alternativ 2 Den gravida samtycker inte till att en kontakt tas

Det ankommer såväl på hälso- och sjukvården som socialtjänsten att först och främst prata med den gravida och efterfråga inställningen till att uppgiftslämnande sker. Om den gravida motsätter sig ett uppgiftslämnande är utgångspunkten att den gravidas vilja ska respekteras. Om ett uppgiftslämnande krävs för att en nödvändig insats ska kunna ges som skydd för det väntade barnet, kan uppgifterna lämnas utan samtycke.

1. Den part som har en oro för ett väntat barn ska ta ställning till om de sekretessbrytande bestämmelserna som finns i 25 kap. 12 § tredje stycket och 26 kap. 9 § andra stycket offentlighets- och sekretesslagen kan tillämpas i det aktuella ärendet. Lagtexten anger att den part som har en oro för ett väntat barn utan hinder av sekretess kan lämna uppgift om en gravid eller någon närstående, till en myndighet inom socialtjänsten eller en myndighet inom hälso- och sjukvården, om uppgiften behöver lämnas för att en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet ska kunna ges.

Det är främst uppgifter om den gravida som det är aktuellt att lämna ut. Men även uppgifter om närstående får lämnas ut, t.ex. närstående som missbrukar alkohol eller narkotika, därför att den gravidas omgivning har betydelse för det väntade barnets skydd. Undantaget från sekretessen bör användas med urskiljning och varsamhet (Prop. 1990/91:111 s. 14).

Lagtexten medger att sekretessbelagda uppgifter lämnas endast mellan hälso- och sjukvård samt socialtjänst som är i offentlig regi. Beträffande uppgiftslämnande till enskild verksamhet inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten måste sekretessreglerna i övrigt tillämpas.

2. Om det är personal vid en barnmorskemottagning, eller vid annan enhet som vårdar en gravid som initierar kontakten är det socialtjänstens myndighetsutövning i kommunen som kontaktas. Respektive kommun definierar kontaktvägen, enligt lokalt överenskommen rutin. Det kan vara exempelvis mottagningsgrupp eller enhet för myndighetsutövning vuxen eller barn och unga.
3. Om det är kommunen som initierar kontakten är det mödrahälsovården som kontaktas enligt lokalt överenskommen rutin.
4. Vid informationstillfället kan parterna enbart lämna den information som behövs för att nödvändiga insatser till skydd för det väntade barnet ska kunna ges. Varje part ansvarar för sin bedömning av innehåll och sätt för uppgiftslämnandet. I vissa situationer kan uppgiftslämnandet ske via telefon men i andra fall kan ett eller flera samverkansmöte behövas. Om den ena parten gör bedömningen att ett samverkansmöte behövs är utgångspunkten att den andra parten deltar.
5. Den gravida informeras om att en kontakt med den andra parten kommer att tas och vad som kommer att framföras. Efter att informationsutbytet skett informeras den gravida om att kontakten tagits och vad som framkommit.
6. En samordnad plan ska skrivas som underlag för planering av insatser för det väntade barnet. Planen kan ingå som en del i en samordnad individuell plan (SIP) för den gravida. Av planen ska respektive parts åtagande framgå.

Vad kommunen kan göra om den gravida inte samtycker till en kontakt:

- Kommunen kan ta en kontakt med den gravida för att informera om och erbjuda hjälp och stöd redan under graviditeten.
- Kommunen kan förbereda för att i samband med barnets födelse inleda utredning och kunna fatta beslut om insatser vid behov.
- Kommunen kan behöva inleda utredning och göra en bedömning av om den gravidas egen situation är sådan att det finns förutsättningar för omhändertagande enligt Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall riktat till den gravida själv. Enligt gällande rätt kan LVM inte tillämpas enbart till skydd för det väntade barnet. Dock framhålls, i ett äldre betänkande från socialutskottet (SOU 1981/82:22 s 16 ff), 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." Någon entydig rättspraxis inom området finns dock inte.

Vad VGR kan göra om den gravida inte samtycker till en kontakt:

- Planering för och säkerställande av en sammanhållen vårdkedja mellan barnmorskemottagning, förlossningsavdelning, BB, neonatalvård och barnhälsovård med flera.
- Individualiserat stöd i föräldraskapet, synliggörande av det väntade barnets behov, eller andra förebyggande insatser.
- Vård av den gravida med fokus på det väntade barnet. Exempel är specialistvård vid psykisk och somatisk sjukdom eller substansbruk, missbruk eller fosterskadligt bruk av läkemedel eller alkohol.

Ansvarområden

Varje områdesansvarig eller verksamhetschef inom respektive vårdsamverkansområde ansvarar för implementering och uppföljning av denna riktlinje, samt för framtagande av lokala rutiner. Områdesansvarig eller verksamhetschef ansvarar för att tydliggöra parternas ansvar och kommunikation såväl inom den egna organisationen som mellan myndigheterna.

Giltighetstid

Riktlinjen giltig t.om. 31 december 2023

Länsgemensam riktlinje vid oro för väntat barn – samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland fastställs av:

För Västra Götalandsregionen

Datum

Ann Söderström

Hälso- och sjukvårdsdirektör

För kommunerna i Västra Götaland

Datum

Ann-Christine Järnström

Direktör VästKom