

Socialnämnden  
**Tjänsteskrivelse till socialnämnden**

Datum:  
2021-11-26

Diarienummer:  
SCN-2021-00623

Handläggare:  
Ann-Christine Dahlén och Petra Brosjö

## Rapport Sofiamodellen

### Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

1. **att** godkänna rapporten och lägga den till handlingarna.

### Ärendet

Projekt Sofiamodellen har arbetat med en modell för samarbete mellan socialförvaltningens barnenheter och beroendeenheter inom ramen för barnenheternas utrednings- och insatstid i familjer där det finns en beroendeproblematik.

Projektet pågår mellan den 1 september 2018 till februari 2022 och beskrivs närmare i **bilaga 1**.

### Beredning

Ärendet har beretts inom avdelning vuxen tillsammans med avdelning systemledning.

### Föredragning

Projektet Sofiamodellen startade den 1 september 2018, och är en modell för samarbete mellan socialförvaltningens barnenheter och beroendeenheter inom ramen för barnenheternas utrednings- och insatstid i familjer där det finns en beroendeproblematik.

Barn som växer upp i missbruksmiljöer är en identifierad riskgrupp för egna sociala svårigheter i livet. Sofiamodellen syftar till att minska riskfaktorer i familjen och att stärka skyddsfaktorer kring barnet. Projektets vision har varit att socialtjänsten ska kunna nå familjerna i ett tidigare skede, att barnens situation synliggörs och att en negativ social utveckling kan avbrytas.

En annan målsättning med projektet har varit att implementera ett familjeorienterat arbetssätt (Sofiamodellen) mellan avdelningar i förvaltningen och att på så vis kunna uppmärksamma hela familjens situation. Målet har varit att minska risken för en negativ social utveckling för barnen genom att göra beroendet talbart i familjen, att synliggöra barnens behov, att lyssna till barnen och ge familjen insatser snabbare. Under projekttiden har modellen prövats och implementerats i fyra barnenheter inom avdelning barn och ungdom myndighet och två beroendeenheter inom avdelning vuxen samt i respektive avdelnings mottagningsenhet.

Resultaten för projektet ser generellt sett goda ut. De övergripande målen om att pröva modellen och etablera ett familjeorienterat arbetssätt med tillhörande rutiner bedöms vara uppfyllda. Inom implementeringen av familjeorienterat arbetssätt finns det fortfarande områden som kan förbättras, till exempel att arbeta med att utveckla barnmöten och barns deltagande.

För att utvärdera om Sofiamodellen har lett till förbättrad delaktighet och service samt om familjens eller barnens psykiska och sociala hälsa förbättrats har Uppsala universitet anlitats. Universitetets utvärdering visar att Sofiamodellen har varit viktigt framförallt för barnen och medföräldern utifrån att det har utgjort ett samordnat stöd till hela familjen.

Att arbeta familjeorienterat eller att se familjen som ett system är i sig inte nytt inom socialt arbete. Däremot är det svårt att få till ett samordnat arbete kring hela familjen i större organisationer såsom socialförvaltningen. Det gör Sofiamodellen unikt i sitt slag och är i mångt och mycket det enda samordnade stöd som familjer med beroendeproblematik i Uppsala erhåller tillsammans.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Projektet har finansierats med medel för fonden för sociala investeringar. Projektet beviljades en totalsumma på 4,335 miljoner kronor för hela projekttiden om tre år. Projektet har påverkats av coronapandemin genom att tex. vissa analysseminarier och utbildningar inte kunnat genomföras. Det har fått till följd att projektet inte har förbrukat hela budgeten och därmed kunnat förlängas i sex månader.

### **Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse, daterad 26 november 2021
- Bilaga 1, Rapport Sofiamodellen
- Bilaga 2, Uppsala universitets utvärdering av Sofiamodellen

Socialförvaltningen

Tomas Odin  
Direktör

Förvaltning eller nämnd eller enhet  
**Rapport**

Datum:  
2021-11-26

Diarienummer:  
SCN-2021-00623

Handläggare:  
Ann-Christine Dahlén och Petra Brosjö

# Rapport Sofiamodellen

# Innehåll

|  |    |
|--|----|
| Beskrivning av projektet.....  | 3  |
| Inledning.....   | 3  |
| Syfte .....  | 3  |
| Uppföljning.....   | 4  |
| Projektgrupp .....   | 4  |
| Beskrivning av Sofiamodellen .....   | 4  |
| Resultatredovisning.....   | 5  |
| Implementeringsarbetet.....  | 5  |
| Rutin för arbete enligt Sofiamodellen.....                                     | 6  |
| Förbättrade flöden .....   | 6  |
| Kompetenssatsningar .....  | 7  |
| Processmål.....  | 7  |
| Tolkning av genomförda samtalsserier .....                                     | 7  |
| Upplevelser av Sofiamodellen.....  | 8  |
| <i>Familjen får stöd med att prata om beroendeproblematik tillsammans.....</i> | 8  |
| <i>Familjemedlemmar tar emot fler insatser för sina problem .....</i>          | 9  |
| <i>Barnen blir lyssnade på, synliggörs och ges stöd efter behov .....</i>      | 9  |
| Återaktualiseringar .....  | 10 |
| Uppföljning av psykisk och social hälsa.....                                   | 10 |
| Uppsala universitets utvärdering av Sofiamodellen .....                        | 10 |
| Följsamhet till projektplan .....  | 11 |
| Tids- och aktivitetsplan .....   | 11 |
| Genomförda aktiviteter .....   | 12 |
| Påverkan av en pandemi.....  | 12 |
| Följsamhet till budget .....   | 13 |
| Framtiden .....  | 13 |
| Summering/Slutdiskussion.....  | 14 |

# Beskrivning av projektet

## Inledning

Projektet Sofiamodellen startade den 1 september 2018, och är en modell för samarbete mellan socialförvaltningens barnenheter och beroendeenheter inom ramen för barnenheternas utrednings- och insatstid i familjer där det finns en beroendeproblematik. Modellen består av 5 gemensamma möten.

Arbetsmodellen togs fram i projektet *Växa och må bra*, under åren 2016–2017, tillsammans med socialsekreterare, behandlare, föräldrar och ungdomar med egen erfarenhet av socialtjänsten i Uppsala kommun. Projektet har också en bakgrund i en nationell satsning för att uppmärksamma barn som anhöriga till missbrukande föräldrar.

Projektet är utförligt beskrivet i projektplanen från 2018, KSN-2018-0690. Projektet är en social investering och projektägare är socialförvaltningen. Utföransvaret vilar på socialförvaltningens barnenheter och beroendeenheter gemensamt.

## Syfte

Barn som växer upp i missbruksmiljöer är en identifierad riskgrupp för egna sociala svårigheter i livet. Insatser och arbete som riktas till att stärka skyddsfaktorer för barnen med att uppmärksamma barnens situation och att stärka föräldrarnas förmåga att hantera familjens situation bedöms kunna ge barnen bättre möjligheter att klara livet utan allvarliga sociala svårigheter.

Sofiamodellen syftar till att minska riskfaktorer i familjen och att stärka skyddsfaktorer kring barnet. Det finns starka samband mellan missbruk i familjen under uppväxten och negativ social utveckling. Beroende är en sjukdom som berör hela familjen. För att bryta en negativ utveckling är det viktigt att hela familjen får hjälp. Barnen behöver också ges särskild uppmärksamhet och möjlighet att komma till tals. Projektets vision med Sofiamodellen har varit att socialtjänsten ska kunna nå familjerna i ett tidigare skede, att barnens situation synliggörs och att en negativ social utveckling kan avbrytas.

En annan målsättning med projektet har varit att implementera ett familjeorienterat arbetssätt (Sofiamodellen) mellan avdelningar inom förvaltningen och att på så vis kunna uppmärksamma hela familjens situation. Målet har varit att minska risken för en negativ social utveckling för barnen genom att göra beroendet talbart i familjen, att synliggöra barnens behov, att lyssna till barnen och ge familjen insatser snabbare. Under projekttiden har modellen prövats och implementerats i fyra barnenheter inom avdelning barn och ungdom myndighet och två beroendeenheter inom avdelning vuxen samt i respektive avdelnings mottagningsenhet.

Sofiamodellen har beviljats projektmedel ur fonden för sociala investeringar. Det innebär att projektet förväntats ge ett mervärde med vissa minskade kostnader för samhället på sikt men också i närtid. Vinsten kopplats till de personer som deltar i projektet och som förhoppningsvis kan klara sin situation bättre, efter sitt deltagande. På så vis kan sociala kostnader för insatser eller bidrag minska.

## Uppföljning

I projektplanen beskrivs önskade kortsiktiga och långsiktiga effekter med projektet. Utfallet av projektet och måluppfyllelsen har följts fortlöpande under projektiden. I projektet har det ingått att följa upp processernas resursåtgång, aktiviteter och prestationer. Resursåtgång innebär uppföljning av projektets kostnader avseende personal och omkostnader. Aktiviteter avser rekrytering av deltagare i projektet, genomförda samtalsserier samt insatser för att implementera projektet. Prestationer avser direkta resultat, dvs upplevelser hos deltagarna och effekter av insatserna. Vidare beskrivs i projektplanen ett antal processmål som syftar till att familjen skall ha genomfört hela samtalsserien och genom denna upplevt sig hörda och sedda. Processmålen handlar även om att familjerna söker sig vidare till stöd och har fått strategier och verktyg för att hantera sin situation. I denna del har det funnits svårigheter att samla in data och en kompletterande utvärdering har därför genomförts utav Uppsala universitet.

## Projektgrupp

Projektgruppen bestod till en början av tre medarbetare men har reviderats under projektets gång. Till en början bestod gruppen av en projektledare på 50% och två processledare på vardera 50%. Processledarna hade grundanställning inom avdelning vuxen och avdelning barn. Under år 2021 har projektledaren gått i pension och en av processledarna tagit över tjänsten. Den andra tjänsten har kunnat utökats till 100% processledning from 1 september 2021. Således består projektgruppen nu av en tjänst som omfattar 50% projektledning samt 50% processledning, den andra tjänsten omfattar 100% processledning.

Projektet har letts av en styrgrupp som funnits med sedan det tidigare projektet, *Växa och må Bra*. Styrgruppen består av representanter från socialförvaltningens Barn- och Ungdomsavdelning, Beroendeenheter, Råd- och behandlingsgruppen samt en representant från arbetsmarknadsförvaltningen. Arbetsmarknadsförvaltningen har varit delaktig som samarbetspart mot bakgrund av att familjerna även kan ha kontakt med försörjningsstöd.

## Beskrivning av Sofiamodellen

Målgruppen för Sofiamodellen är barn mellan 0–12 år och deras familjer som utreds inom barnenheterna utifrån missbruk eller beroendeproblematik. Nedan beskrivs tre olika typer av ärenden där Sofiamodellen är tillämplig:

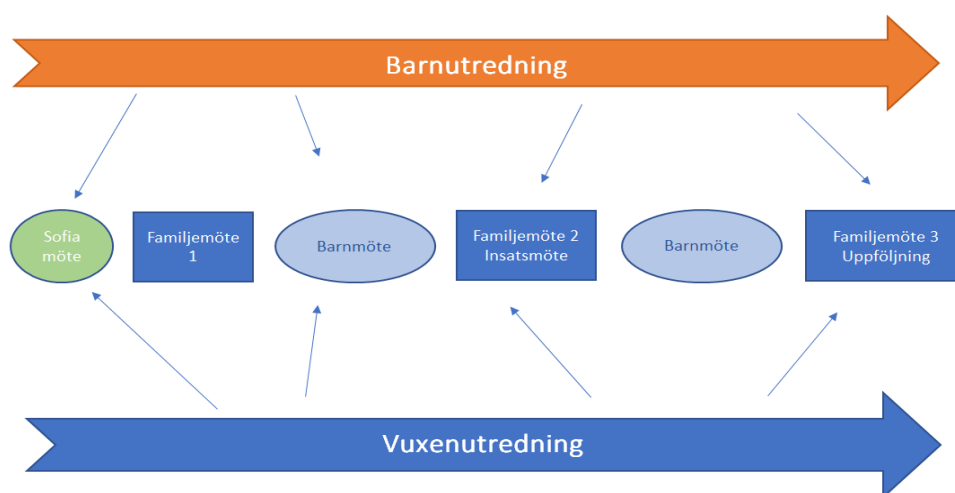
Typ 1. Familjer där barnen är aktuella för utredning/insats på barnenhet och förälder är aktuell på beroendeenhet för utredning/insats. I dessa ärenden ska *alltid* Sofiamodellen tillämpas.

Typ 2. Barnen är aktuella för utredning på barnenhet, men föräldern är *inte* aktuell på beroendeenhet. Här deltar handläggare från beroendeenhet med stöd/information utifrån sin beroendekompetens samt för att kunna ta emot eventuell ansökan.

Typ 3. Förälder med missbruk är aktuell på beroendeenhet, men barnen är ej aktuell vid barnenhet. Här synliggörs barnet genom en orosanmälan som skickas till barnenhet. I de fall utredning inleds på barnet kan det bli ett Typ 1-ärende.

Arbete enligt modellen inleds med ett planeringsmöte med projektets processledare tillsammans med familjens handläggare från barn och vuxen. Mötet går under namnet Sofiamöte.

Det andra mötet sker tillsammans med familjen och handläggarna. Arbetsmetoden och syftet med Sofiamodellen presenteras och familjen ges en introduktion till beroende som en familjesjukdom. Efter det första familjemötet fortsätter arbetet med barnmöten och ytterligare familjemöten. Det tredje familjemötet avslutar samtalsserien. Det samtalet innehåller en uppföljning och en dialog med familjen om behovet av fortsatta insatser.



## Resultatredovisning

### Implementeringsarbetet

I början av projektet deltog projektgruppen samt chefer från förvaltningen i en implementeringsutbildning. En implementeringsplan, med grund i projektplanen, skapades under utbildningen och har följt med under projekttiden. Med hjälp av implementeringsverktyget har projektet kunnat följa implementeringsprocessen och reviderat aktiviteter i implementeringsplanen. Aktiviteter som funnits med i implementeringsplanen har bland annat varit utbildning, motivation och stöd/handledning.

Tabellen visar måluppfyllelse av aktiviteter i implementeringsplanen.

| Vad vill vi uppnå?   | Måluppfyllelse  |
|--|---|
| 1. Pröva Sofiamodellen i 25 familjer/år (dvs 5 gemensamma barn- och familjemöten). Dvs arbeta mer tillsammans. | 1. Uppfyllt. I snitt startas 36 familjer per år upp i Sofiamodellen (dock är alla inte fullföljda)      |
| 2. Införa ett familjeinriktat/orienterat arbetssätt i gemensamma ärenden enligt Sofiamodellen.                 | 2. Uppfyllt genom arbetet i Sofiamodellen. Har benämnt ut i fler underpunkter som rör specifikt arbete. |

|   |  |
|---|--|
| 3. Förbättra service, delaktighet och information till och för familjer i missbruk. | 3. Svårt att mäta, men familjerna uttrycker uppskattning och en önskan om längre "hållande" från socialtjänsten (se vidare under rubrik Uppföljning).  |
| 4. Skapa rutiner för det gemensamma arbetet i familjer med missbruk, barn 0-12 år.  | 4. Uppfyllt. Rutin för Sofiamodellen, olika ärendetyper samt Outlookbokning finns. Mallar och stöddokument för de olika mötena finns.  |
| 5. Samordna utredningar och insatser för hela familjen och för bättre effekt.       | 5. Delvist uppfyllt. Genom rutinen och gemensamma möten blir problematiken tydligare och insatserna mer riktade. Vi ser en ökning av insatser, men anhöriga och barn uttrycker att de glöms bort och inte har lika självklara insatser (se vidare under avsnitt Extern rapport). |
| 6. Förebygga barnens psykiska och sociala hälsa i nutid och i framtid.              | 6. Har ej gått att följa upp enligt planering. En socioekonomisk utvärdering har beställts som komplement (se vidare under avsnitt Uppföljning).   |

Resultaten för projektet ser generellt sett goda ut. De övergripande målen om att pröva modellen och etablera ett familjeorienterat arbetssätt med tillhörande rutiner bedöms vara uppfyllt. Inom implementeringen av familjeorienterat arbetssätt finns det fortfarande områden som kan förbättras, t.ex. att arbeta med motiverande samtal och att förmedla hopp till familjerna. Projektet kommer under hösten 2021 arbeta vidare med detta och har anordnat en digital utbildning i motiverande samtal.

Det har varit svårare att bedöma om Sofiamodellen lett till förbättrad delaktighet och service samt om familjens eller barnens psykiska och sociala hälsa förbättrats. För att få svar på detta har Uppsala universitet anlåtats för att göra en utvärdering av Sofiamodellen med tillhörande familjeintervjuer.

### Rutin för arbete enligt Sofiamodellen

En gemensam rutin för barnenheterna och beroendeenheterna togs fram det första halvåret i projektet. Den har fungerat bra och förfrågningar från barnenheterna har inkommit enligt den till projektet. Rutinen finns i förvaltningens kvalitetsledningssystem. Kompletterande till rutinen finns även olika stöddokument för Sofiamodellens olika möten.

### Förbättrade flöden

Processledare och barnhandläggare har upplevt svårigheter med flödet för deltagande i Sofiamodellen, typ 2 ärenden. Vid hög belastning på beroendeenheterna eller barnenheterna har det uppstått väntetider för att få en beroendehandläggare utsedd. I sådana lägen har obalans uppstått. Barnhandläggarna har även poängterat att det är viktigt att träffa familjerna i rätt tid, särskilt om en förälder är ambivalent.

I ett försök att skapa bättre flöde och bättre tajming har projektgruppen, tillsammans med chefer och styrgrupp, arbetat fram ett bokningssystem med fasta tider i Outlook. Tanken var att fasta tider skulle bidra till bättre flöde då handläggare utsetts i förväg.



Fördelarna med bokningssystemet har varit att handläggarna själva ansvarat för att boka in sig i kalendern och ha en fast avsatt tid att planera in i sitt arbete. Bokningssystemet har inneburit att ansvaret för att boka tider delvis lyfts bort från processledare. Outlookbokningen har prövats under en period och under vintern 2021 återstår att ta beslut om bokningssystemet är verksamt samt om det ska kvarstå.

### Kompetenssatsningar

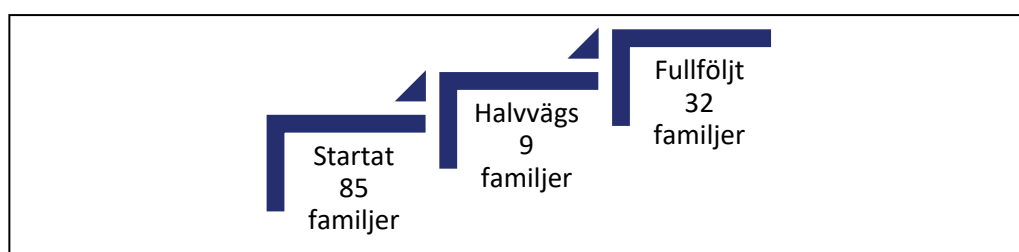
I implementeringsarbetet har kontinuerliga grundutbildningar i modellen genomförts. Dessa har till en början skett fysiskt, men senare anpassats till att ske på TEAMS. Projektgruppen har också erbjudit inspirationsföreläsningar kopplat till projektet och processledare har gjort besök till alla enheter och vissa punktinsatser på enheter för att hålla Sofiamodellen vid liv. Efter genomförd Sofiamodell har många socialsekreterare erhållit en Sofiastjärna som uppmuntran och motivation. Processledarna har också fungerat som korridorstödare och lobbyister för modellen.

### Processmål

För att följa upp processmålen för projektet har projektgruppen haft ett avkodat register där varje familj skrivits in och följts. Processledarna har även varit aktiva i arbetet med familjerna och har på så vis kunnat följa hur arbetet har gått och hur långt familjerna deltagit. Slagningar i journalsystem har gjorts för att följa upp insatser och återaktualisering. Jämte detta har enkäter kring upplevelsen av mötena i Sofiamodellen delats ut till varje familj vid avslutat familjemöte.

Under perioden 1 september 2018 till 30 september 2021 har totalt 113 förfrågningar inkommit till Sofiamodellen. I snitt har projektet hanterat 37 familjer per år, där processmålet varit 25 familjer. Alla förfrågningar har dock inte lett till arbete enligt Sofiamodellen och 28 familjer har inte startats upp. Även om det varit svårt med följsamhet i Sofiamodellen har 85 familjer hittills deltagit i projektet.

Antal familjer som påbörjat och hittills fullföljt samtalsserien.



### Tolkning av genomförda samtalsserier

Genom projektetiden har vi upplevt att det funnits svårigheter att uppnå processmålet om att fullfölja en hel Sofiamodell så som det beskrivs i projektplanen. Projektgruppen har försökt förstå vad som bidrar till att Sofiamodellen fullföljs eller avbryts. En tolkning av 85 ärenden har gjorts. Dessa ärenden delades in i *fullföljd*, *hel*, *halv* och *avbruten*. En *hel* process är ärenden då minst tre familjemöten genomförts samt då barnen har varit delaktiga. En *fullföljd* process är där det bedömts att Sofiamodellens syfte är uppnått, oavsett antalet möten. En *halv* process är då familjen påbörjat Sofiamodellen men sedan avstått från fortsatt samarbete. En *avbruten* process är

ärenden då socialtjänsten har önskat att arbeta enligt Sofiamodellen, men inte lyckats av olika anledningar (ex. organisationsproblem, lagliga skäl eller att familjen uteblir).

Av de 113 förfrågningar som har inkommit under projektets gång, har många ärenden inte startats upp eller avbrutits. Utav de 85 uppstartade ärendena har hittills ca 40% fullföljt Sofiamodellen. Adderade vi även de ärenden som var halvt genomförda landade vi på 52% för genomförda Sofiamodeller.

I tolkningen har projektgruppen också tittat på faktorer som kan bidra till att Sofiamodellen fullföljs. I detta tog vi hänsyn till om beroendeproblematiken var uttalad i familjen, om föräldern med beroende var aktiv eller nykter samt om barnen gjorts delaktiga eller inte. Den största gemensamma nämnaren som framkommer i tolkningen är att ärenden fullföljs i högre grad om föräldern/föräldrarna erkänner en beroendeproblematik. Det står också tydligt att barnen görs delaktiga i mycket högre grad i dessa ärenden. Undantag från detta är då barnen bedömts ha så låg ålder att de inte kan tillgodogöra sig informationen, exempelvis spädbarn. I familjer där förnekelse fanns, gjordes barnen generellt inte delaktiga. I tolkningen ser vi även att det inte tycks spela någon större roll om föräldern är aktiv i sitt missbruk eller inte. Variationen i följsamheten är lika oavsett om det förekommer aktiv missbruksproblematik i familjen eller inte.

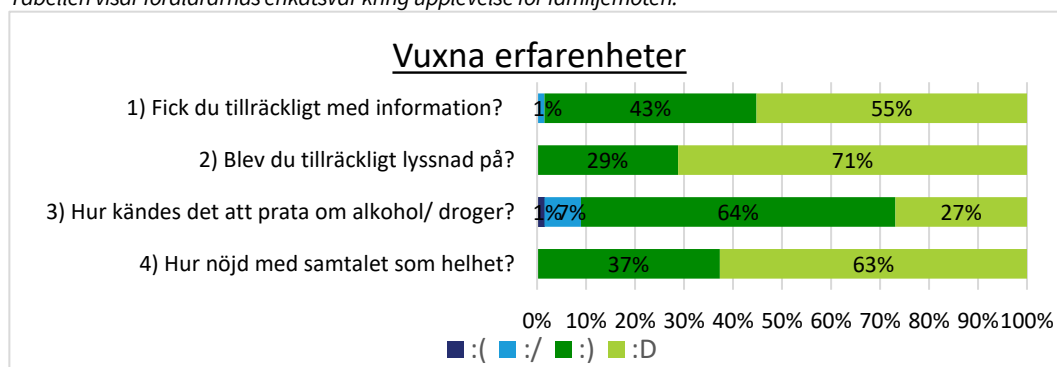
## Upplevelser av Sofiamodellen

Projektgruppen upplever att det finns flertalet positiva effekter med Sofiamodellen. Dels har en samarbetsform skapats och blivit rutin i organisationen, dels har familjeperspektivet ökat och barnperspektivet har blivit tydligare på beroendeeenheter. För att få svar på hur familjerna upplevt deltagandet i Sofiamodellen har en enkät delats ut vid varje avslutat möte. Alla familjer har inte svarat på enkäten, men svarsfrekvensen bedöms ändå var god då det inkommit 67 svar.

### ***Familjen får stöd med att prata om beroendeproblematik tillsammans***

I familjemöte 1 får familjen information om beroende och begreppet sjukdom lanseras. I detta möte beskriver socialsekreterare hur beroendesjukdomen kan se olika ut för alla och hur det kan påverka barn samt familjen i stort. Familjemedlemmarna får själva formulera hur det ser ut i den egna familjen och ställa frågor. Att öppna upp och börja prata med varandra finns alltid med som en naturlig del. Familjernas gensvar gällande upplevelserna av familjemöten har varit mycket positiva. Endast ett fåtal har haft någon negativ upplevelse.

Tabellen visar föräldrarnas enkätsvar kring upplevelse för familjemöten.



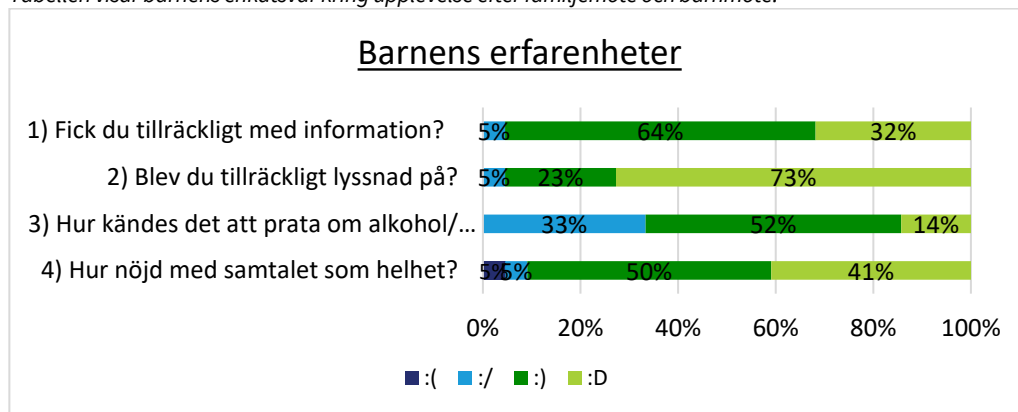
## **Familjemedlemmar tar emot fler insatser för sina problem**

Under projektet har vår bedömning varit att Sofiamodellen borde leda till en ökning av öppenvårdsinsatser för de deltagande familjerna. Detta då beroendeproblematiken synliggörs, då barnets behov och familjens situation blir tydligare samt då tillgängligheten till insatserna ökar. För att följa insatserna har slagningar på familjerna gjorts i dokumentationssystemet Lifecare. Vi har sedan tittat på om familjerna deltagit i Sofiamodellen eller inte. Utav 85 registrerade familjer har totalt sett har 20 barn och 19 vuxna tagit emot insatser, ungefär 45% av familjerna tar emot insatser. Utav de 85 registrerade familjerna har 22 familjer ej genomgått Sofiamodellen och utav dessa har 3 barn samt 4 vuxna beviljats insatser, dvs ca 31%. Således ser vi att en lite större andel tar emot insatser om de deltar i Sofiamodellen. I rapporten från Uppsala universitet får vi också denna tes bekräftad. Detta beskrivs vidare under separat avsnitt – *Uppsala universitets utvärdering av Sofiamodellen*.

## **Barnen blir lyssnade på, synliggörs och ges stöd efter behov**

Sofiamodellen erbjuder att barn deltar i Familjemöten och erbjuder även separata barnmöten. I familjemöten får barnen information tillsammans med sina föräldrar. Vår upplevelse är att barnens deltagande vid familjemöten har varit bra, då barnperspektivet blir tydligare under hela mötet. Att barnen kommer till tals bekräftas av barnens enkätsvar från familjemötena. Barnen förmedlar att de i stor utsträckning känt sig lyssnade på, att de fått tillräckligt med information, att de är nöjda i sin helhet, men att det är svårt att prata om alkohol och droger.

Tabellen visar barnens enkätsvar kring upplevelse efter familjemöte och barnmöte.



Under projekttiden har det varit svårt att få tillgång till barnen och göra dem delaktiga. Många föräldrar säger till exempel att barnen inte vet om beroendet eller har påverkats av det. Föräldrarna tror även att de skyddar sina barn genom att inte låta dem delta. I utvärderingen från Uppsala universitet framför föräldrarna kritik mot Sofiamodellen då de inte anser att informationen till barnen är tillräckligt anpassad i familjemötena. Samtidigt framkommer i utvärderingen att föräldrarna sällan talar med sina barn om beroendeproblematiken och att Sofiamodellen och dess möten är den enda information som barnen får om beroendet.

## **Återaktualiseringar**

Ett annat effektmål har varit att titta på återaktualiseringar av barn till socialtjänsten. Enligt projektplanen skall mättillfällena ske ett respektive två år efter avslut. Då inte alla familjer varit avslutade så länge kan dessa effektmål inte presenteras i sin helhet. Hittills kan datainsamlingen visa att ungefär 40% av familjerna i Sofiamodellen inte återaktualiseras inom ett år. Samtidigt visar statistiken att cirka 60% av familjer som inte deltagit i Sofiamodellen inte heller återaktualiseras inom ett år.

## **Uppföljning av psykisk och social hälsa**

Ett mål med Sofiaprojektet har varit att följa deltagarfamiljernas psykiska och sociala hälsa. Detta skulle ske med hjälp av uppföljande enkätundersökningar till familjerna om deras hälsa och familjeklimat, både före och efter genomförd Sofiamodell. Här har vi stött på stora svårigheter. Trots flertalet försök och olika upplägg har svarsfrekvensen varit låg och det har inte gått att säkerställa ett resultat.

Utifrån dessa svårigheter beslöt projektet att anlita Uppsala universitet och institutionen för Folkhälsa och vårdvetenskap för att få en utvärdering av Sofiamodellen. Med deras hjälp har intervjuer med deltagande föräldrar genomförts och en ekonomisk beräkning av kostnader för Sofiamodellen samt insatser gjorts. Tyvärr lyckades inte forskarna få tillgång till att intervjua barnen och resultaten kring barnen är totalt sett därför knapphändiga. Det tydligaste resultatet vi har att tillgå kring barnen, är deras egna enkätsvar i samband med Familjemöten samt ökningen av insatser.

## **Uppsala universitets utvärdering av Sofiamodellen**

Nedan följer en kort sammanställning av den utvärdering som Institutionen för Folkhälsa och vårdvetenskap vid Uppsala universitet gjort av Sofiamodellen. Studien har inhämtat föräldrars upplevelser av Sofiamodellen och dess påverkan på barnen samt skattat kostnader för Sofiamodellen och insatser som familjer beviljats.

Resultatet i rapporten visar att barnen i dessa familjer påverkas starkt negativt av föräldrarnas beroendeproblematik. Beskrivningarna lyfter att barnen kan förlora en eller båda sina föräldrar och ibland väldigt plötsligt, exempelvis om föräldern är på behandlingshem eller barnet blir placerat. Utvärderingen visar att föräldrarna sällan talar med sina barn om beroendeproblematiken. De har en önskan om att barnen inte har påverkats och de tolkar att barnen mår bra då de är glada och inte ställer frågor. Samtidigt beskriver föräldrarna att barnen ibland är dem som har larmat medföräldern eller ringt ambulans, att hela familjen avvaktar den missbrukande föräldern samt att barnen kan uttrycka oro när de ser okända personer som är berusade.

Sofiamodellen beskrivs av föräldrarna som det första tillfället då familjen har getts möjlighet att tillsammans prata om och få information om föräldrarnas beroendeproblematik. Vidare beskriver föräldrarna att Sofiamodellens möten har gett dem möjlighet att prata om beroendet och att det har uppskattats. Innan mötena har en del upplevt oro, men i utvärderingen framkommer att oron varit obefogad då de i mötena känt sig väl bemötta, med respekt och utan skam- eller skuldbeläggande. Trots stöd i Sofiamodellen upplever en del föräldrar fortfarande att det svårt att prata med barnen om beroende. I de fall föräldrarna har pratat med sina barn om beroende har de beskrivit att Sofiamodellen varit hjälpsam och öppnat upp för vidare

kommunikation. Föräldrarna framhåller dock att de ibland upplevt att Sofiamodellen är kort över tid i förhållande till familjens behov av stöd. Föräldrarna uttrycker en önskan om att följas upp över tid, där en känd person fokuserar på hela familjens behov. Forskarna framhåller i sammanhanget att Sofiamodellen är unik i sitt uppdrag att samla hela familjen och att familjerna för första gången setts som ett system i relation till beroendeproblematiken. Forskarna menar att Sofiamodellen gör att familjerna får ett slags hållande och att det är viktigt att vidareutveckla en liknande funktion som följer familjerna över tid.

I utvärderingen framkommer kritik mot att Sofiamodellens möten främst fokuserar på föräldern med missbruk. Föräldrarna utan missbruk har upplevt det gynnsamt att få ta del av information och få inblick i den andre förälderns vård, men samtidigt har de själva känt att de hamnat i skymundan. De beskriver att det är svårt för anhöriga och barn att få insatser i samma utsträckning som föräldern med beroende samt att insatserna till föräldern med beroende upplevs självklara. Insatserna till barn och medförälder beskrivs som erbjudanden och att det ibland varit omöjligt för medföräldern att orka söka dem. Ytterligare åsikter om Sofiamodellen är att mötena inte är barnanpassade och kan upplevas tråkiga för barnen. Föräldrarna framhåller främst att de yngre barnen glöms bort. I sammanhanget lyfts dock att Sofiamodellen ofta är det enda stöd som medförälder och barn erhållit.

I utvärderingen beskrivs att forskarna inte har gjort en statistisk analys för att säkerställa skillnaderna mellan Sofiafamiljer och jämförelsefamiljer, men det lyfts fram att det finns ett tydligt mönster som visar att familjer som deltar i Sofiamodellen erhåller mer stöd än jämförelsefamiljerna. Att Sofiamodellen når sitt syfte med att fler familjemedlemmar tar emot stöd bidrar i sin tur till högre samhällskostnader. Trots de högre kostnaderna för dessa familjer anser forskarna att det bör ställas i relation till potentiellt hälsorelaterade effekterna av Sofiamodellen. De hälsorelaterade vinsterna har forskarna däremot inte kunnat estimeras då de saknar en skattning av hur Sofiamodellen exempelvis har påverkat familjens mående, hälsa eller prestationer på arbetet och i skolan. De har därför gjort uppskattningar kring eventuella samhällsvinster där de ponerar att man kan få tillbaka insatsens kostnader på ett år, när barnen blir vuxna. Dessa uppskattningar är kopplat till samhällskostnader som psykisk sjukdom i vuxen ålder eller eget missbruk. Beräkningarna grundar sig på studien *Barn som anhöriga – hälsoekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader* (Hovstadius et al., 2015, Nka).

## Följsamhet till projektplan

### Tids- och aktivitetsplan

I projektplanen beskrivs ett upplägg för processinriktat arbete med Sofiamodellen enligt; testperiod – utbildning/workshops – analys – justering. Projektet har till största delen följt detta upplägg, men analysseminarier och workshops har uteblivit då vi präglats av en pandemi två tredjedelar av projektet. Analyser har därför skett inom projektgruppen och inhämtande av synpunkter från medarbetare och chefer har skett genom möten med bland annat specialishandläggare och styrgrupp samt genom olika enkätutskick till handläggare. Projektet har kontinuerligt genomfört träffar på alla involverade enheter och även erbjudit grundutbildning i Sofiamodellen samt genomfört inspirationsföreläsningar med olika teman. Processledare har under

testperioden funnits med som ett stöd till handläggare och medverkat i familjemöten för att modulera och hålla samman arbetet.

### Genomförda aktiviteter

År 2020 var omställningens år och Sofiamodellen anpassade sig till arbete under Covid-19. Det resulterade i fokus på att kunna genomföra Sofiamodeller och arbetet under rådande omständigheter och samtidigt få till fullföljda processer. Projektet hade innan haft fokus på att öka antalet barnmöten och öka barnens medverkan/delaktighet. Under år 2020 genomfördes bland annat dessa aktiviteter:

- Planeringsdagar 2st
- Satsning på barnenhet 1, träffar/möten på enheten
- Grundutbildning barnenhet 5
- Handledning för projektgrupp
- Analys av genomförda ärenden inom projektgrupp
- Nätverksutbildning för projektgrupp
- Infoträffar på involverade enheter
- Presentationer på *”Introduktion för nyanställda”* och *”Forum för verksamhetsutveckling”*

År 2021 hade projektet anpassat sig och kunde åter rikta in sig på att öka barnens medverkan i Sofiamodellen. Utifrån inspiration från Nätverksarbete testades att bjuda in föräldrar till Sofiamötet, som tidigare endast involverat socialsekreterare och processledare. Informationsdokumentet för barnmötet utvecklades också. Andra aktiviteter som genomfördes var:

- *Outlookbokning samt vägledningssmall*
- *Grundutbildning i TEAMS – för nyanställda*
- *Film till Introduktionsdagarna*
- *Infoträffar på enheter*
- *Universitetsstudien och insamlande av statistik*
- *Planeringsdagar 2*
- *Utbildningsdag Motiverande samtal*
- *Utbildningsdag ”Drogkunskap”*

Då projekttiden inte riktigt är slut arbetar projektet vidare i det dagliga arbetet samt planering av en slutkonferens. En stor del av arbetet fokuserar även på framtiden och vad som skall hända med Sofiamodellen efter projektets slut.

### Påverkan av en pandemi

I och med Covidpandemin blev det en nedgång i projektet och Sofiamodellen genomförde inga familjemöten under en kortare period, utifrån restriktioner. Då pandemin blev ett faktum var också Sofiamodellen tvungen att anpassa sig, genom att minska antal deltagare i familjemötena samt använda större rum. Då tillgången på större rum har varit en bristvara inom förvaltningen har det bland annat bidragit till att barn och externt nätverk ej har kunnat delta i familjemötena. En önskan under denna tid har varit att ha ett säkert nätbaserat verktyg för att genomföra möten digitalt. Detta har Uppsala kommun inte kunnat framverka och Sofiamodellen har därför behövt verka på bästa möjliga sätt i fysisk form. Eftersom barnen inte har kunnat delta i familjemöten har projektet fortsatt att arbeta med barnmöten och poängterat vikten av dessa. Bland annat har processledarna fortsatt arbetet med informationsmaterialet

till handläggare "Information inför Barnmöten" och än mer lagt fokus på betydelsen av barnmöten i familjemötena.

Pandemin har lett till utmaningar och självklart har det påverkat hur väl Sofiamodellen kunnat nå målet om fullföljda samtalsserier. Restriktioner har bidragit till att flertalet möten har avbokats, ombokats eller skjutits upp. Situationen har gjort det svårt att hålla Sofiaprocesserna och motivationen igång och upplevelsen från projektgruppen är att processerna blivit mer utdragna över tid och även svårare att fullfölja. Trots svårigheterna har det funnits ett inflöde av ärenden till Sofiamodellen och från att den globala pandemin utlystes i mars 2020 till och med idag har projektet hanterat 48 Sofiaärenden.

## Följsamhet till budget

Projektet beviljades en totalsumma på 4,335 mkr för hela projekttiden om tre år. Inför sista året fanns lite dryga två miljoner kronor kvar i budgeten. Projektet hade således hållit budget med god marginal. En stor anledning till detta var att analysseminarier och utbildningar inte kunnat genomföras i och med Covid-19. Då projektet hade anslag kvar gjordes en bedömning att förlänga projektet med 6 månader samt att tillsätta en till tjänst om 50%. En tjänst utlystes, men den var svår att tillsätta och en av processledarna erbjöds då att gå upp till 100%. Sedan april har projektet därmed haft personal om 200% stället för 150%. Idag arbetar två personer heltid inom projektet fram till årsskiftet, under projektets återstående två månader år 2022 kommer en person arbeta heltid i projektet.

Specificerade kostnader för projektet (kronor).

| <i>Kostnader</i>                   | <i>År 1</i>      | <i>År 2</i>      | <i>År 3 tom september</i> |
|------------------------------------|------------------|------------------|---------------------------|
| <i>Kostnader för arbetskraft</i>   | <i>1 019 848</i> | <i>954 170</i>   | <i>806 900</i>            |
| <i>Hyra/lokalkostnader</i>         | <i>16 356</i>    | <i>5 829</i>     | <i>2 500</i>              |
| <i>Övriga verksamhetskostnader</i> | <i>80 183</i>    | <i>15 317</i>    | <i>35 000</i>             |
| <i>Övriga tjänster</i>             | <i>26 850</i>    | <i>97 925</i>    | <i>228 500</i>            |
| <i>Totalt</i>                      | <i>1 143 083</i> | <i>1 073 242</i> | <i>1 072 900</i>          |

## Framtiden

I dagsläget arbetar projektet för att hitta en permanent lösning för Sofiamodellen inom socialförvaltningen. Förslaget är att tillsätta en heltidstjänst som arbetar med Sofiamodellen som processledare/samordnare. Under projektet har processledare och deras arbete varit ett vinnande koncept och socialsekreterare uttrycker att de har behov av en samordnare för att kunna arbeta med Sofiamodellen. Då personalomsättningen är stor inom förvaltningen är det även viktigt att det finns en samordnare som kan hålla Sofiamodellen vid liv och informera, utbilda samt stötta ny personal. En permanent lösning för Sofiamodellen skulle innebära att man kan arbeta vidare med processledning, samverkan, implementering och vidareutveckling av modellen.

Under projekttiden har samarbete med ungdomsenheter och placeringsenheter förekommit, ett önskemål från dessa enheter har varit att också få ingå i Sofiamodellen. Projektgruppen ser att det finns barn och familjer inom dessa enheter som skulle kunna vara till gagn om de erbjuds handläggning enligt Sofiamodellen. Att expandera mot dessa enheter är således ett utvecklingsområde. Sofiamodellen behöver även utöka sitt fokus till att arbeta med familjer där det förekommer både våld och beroendeproblematik. Forskning visar på att det finns ett stort samband mellan våldsutsatthet och beroende. Därför är det viktigt att Sofiamodellen kan utvecklas och även inkludera dessa familjer. Ytterligare ett utvecklingsområde är barnens delaktighet och barnmöten. Sofiamodellen behöver hitta ett sätt att få tillgång till barnen i högre utsträckning och på så sätt öka deras delaktighet. Föräldrarna önskar mer stöd att tyda och samtala med sina barn. Vi tror att en vidareutveckling inom detta område kan bidra till att föräldrarna får ökad insikt om barnens behov av exempelvis information. På så vis kan fler barn tillåtas högre medverkan, vilket kan leda till fler genomförda barnmöten inom Sofiamodellen.

## Summering/Slutdiskussion

Familjeorienterat arbete och samverkan kräver mer resurser och det kostar därmed mer att arbeta med Sofiamodellen. Familjerna tar emot fler insatser, vilket också ökar på kostnaderna. Projektet ser det som en vinst att deltagande familjer har tagit emot fler insatser än jämförelsefamiljerna. Vi tolkar det som att problematiken blir synligare för familjer och socialsekreterare, vilket också ökar familjemedlemmarnas insikt kring eget behov av stöd. Att familjerna söker sig till stöd var också ett mål i projektplanen. Enligt Uppsala universitets utvärdering kan vi dock ponera att de ökade kostnaderna betalar tillbaka sig när barnen är vuxna. Det som är viktigt att komma ihåg i sammanhanget är att en insats eller ett arbetssätt inte kan vara kostnadseffektivt i sig själv, utan måste ställas i relation till ett jämförelsealternativ, exempelvis att inte göra någon insats alls (*Lönar det sig med våldsförebyggande arbete?* Länsstyrelsen Stockholm, 2020:24).

Då arbetet med Sofiamodellen kräver mer personalresurser vill vi också poängtera att det är viktigt att det finns stöd och utrymme för socialsekreterarna samt förståelse från ledning, chefer och specialister. Genom hela projekttiden har detta stöd och denna förståelse funnits och det är viktigt att detta samförstånd består.

De största svårigheterna som funnits inom Sofiamodellen har varit att få tillgång till barnen samt att få till följsamhet i modellen. Att socialtjänsten inte samtalar med barn har vi läst om i artiklar och rapporter gång på gång. De belyser att detta är ett problem som hela landets socialtjänster tampas med, inte bara Sofiamodellen. I universitetets utvärdering framkommer att föräldrarna tycker att familjemötena inte är anpassade till barnen samtidigt som familjemötena är första och kanske enda gången som familjen och barnen pratar om problematiken tillsammans. Det tycks som att vi ställts inför att välja och ge barnen information på ett sämre sätt eller inte ge dem någon information alls. Självklart finns utvecklingspotential inom familjemötena, men det som vilat tyngst för oss som arbetat med Sofiamodellen är att öka barnens delaktighet på något vis.

Familjerna som deltar i Sofiamodellen lever med en beroendeproblematik. Vanligt vid beroendeproblematik är bland annat att motivationen varierar, att det finns olika insikt, att det är svårt att fullfölja åtaganden samt att anhöriga kan vara upptagna av



missbruket genom medberoende. Detta kan ses som naturliga orsaker som gör det svårt att fullfölja Sofiamodellen. Arbeta med beroende tar sin tid och inom projektet har vi inte sett det som nederlag när en familj inte har genomfört en hel modell. Vi tänker istället att vi har "sått ett frö" och att de möten vi fått till är bättre än ingenting alls.

Effekterna av arbetet har svåra att mäta, men enligt projektets egen statistik så minskar risken för återaktualisering inom Sofiafamiljerna ju mer de deltar. Detta är inte samma resultat som presenteras i universitetets rapport, skillnaderna beror troligen på antalet familjer som analyserats. Universitetet har haft ett mindre urval att förhålla sig till i sin utvärdering. Även om det inte med säkerhet går att säga att Sofiamodellen förebygger återaktualiseringar ser vi ändå en vinst i att nå enstaka barn och familjer.

Att arbeta familjeorienterat eller att se familjen som ett system är i sig inte nytt inom socialt arbete. Däremot är det svårt att få till ett samordnat arbete kring hela familjen i större organisationer. Det gör Sofiamodellen unikt i sitt slag. I utvärderingen från Universitetet får vi detta bekräftat. Sofiamodellen är i mångt och mycket det enda samordnade stöd som familjer med beroendeproblematik i Uppsala erhåller tillsammans. Att Sofiamodellen kostar mer behöver inte ses som något negativt, utan kan istället tolkas som en investering för framtiden och samhället på sikt.

# EN UTVÄRDERING AV SOFIAMODELLEN

En intervjustudie av föräldrars perspektiv och  
en kvantitativ studie av kostnader för  
arbetsmetoden och beroendeproblematik

Anna Fäldt  
Karin Fängström  
Camilla Nystrand  
Inna Feldman



Oktober 2021

# Sammanfattning

Det är vanligt att barn drabbas av föräldrars beroendeproblematik vilket innebär stort lidande, omfattande hälsoförluster och kostnader för samhället. I Uppsala kommun har en modell för ett familjeorienterat arbetssätt, Sofiamodellen, testats under tre år. I denna studie har vi inhämtat föräldrars upplevelser av Sofiamodellen och dess påverkan på barnen, samt skattat kostnader för Sofiamodellen och insatser som familjer i missbruksproblematik får från socialtjänsten och öppenvården.

Fjorton föräldrar, både med beroendeproblematik och medföräldrar, medverkade i telefonintervjuer. Med hjälp av statistik och kostnadsuppgifter från socialtjänsten har vi estimerat kostnader relaterade till beroendeproblematik.

Resultatet visar att barnen i dessa familjer påverkas starkt negativt av föräldrarnas beroendeproblematik. Sofiamodellen beskrivs som första tillfället familjerna har getts möjlighet att tillsammans prata om och få information om föräldrarnas beroendeproblematik. I beskrivningarna framkommer att Sofiamodellen framförallt fokuserar på föräldern med beroendeproblematik och dennes behandling. Barn och medförälder hamnar ofta i skymundan. Det kräver stort engagemang av föräldrarna att säkerställa att barnen får de insatser de behöver både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Sofiamodellen upplevs också kort i förhållande till familjens omfattande behov som ofta sträcker sig över lång tid. Sofiamodellen har under nästan tre års tid nått 40 familjer, där man kan se ett tydligt mönster gällande antalet insatser från socialtjänst och öppenvård som dessa familjer erhållit, i relation till jämförelsefamiljer. Precis som Sofiamodellen syftar till, så har dessa familjer fått fler insatser, vilket lett till högre samhällskostnader i relation till andra familjer med beroendeproblematik.

Sofiamodellen är unik med sitt uppdrag att samla hela familjen, och utvärderingen visar att flera områden kan utvecklas. Det är också viktigt att det stöd som familjerna behöver finns tillgängligt över tid, lättillgängligt och koordinerat, inte minst för barnen. Trots de höga kostnaderna för dessa familjer bör de ställas i relation till de potentiella hälsorelaterade effekterna av Sofiamodellen, för att kunna prioritera hur resurser ska fördelas för bästa möjliga stöd för familjer i missbruk.

# Innehåll

|   |    |
|---|----|
| Sammanfattning .....  | 1  |
| Innehåll.....   | 1  |
| Bakgrund .....  | 3  |
| Sofiamodellen.....  | 4  |
| Syfte och frågeställningar.....   | 4  |
| Metod .....   | 6  |
| Intervjustudie - Föräldrarnas perspektiv .....                                  | 6  |
| Kvantitativ studie - Resursskattning .....                                      | 7  |
| Resursåtgång för att implementera Sofiamodellen .....                           | 7  |
| Insatser till familjer med missbruksproblematik.....                            | 7  |
| Långsiktiga samhällsekonomiska konsekvenser.....                                | 9  |
| Resultat – intervjustudie.....  | 11 |
| Föräldrarnas perspektiv .....   | 11 |
| Barnens liv i missbruket.....   | 11 |
| Önskan om att barnen inte drabbas .....   | 11 |
| Att förlora sin förälder.....   | 13 |
| Barnen som ansvarar för den missbrukande förälder.....                          | 14 |
| Föräldraförmågan borde inte påverkas.....                                       | 14 |
| Barnen i missbruksvården .....  | 15 |
| Sofiamodellen i barnens missbruksvardag.....                                    | 16 |
| Vägen till Sofiamodellen.....   | 16 |
| Sofiamodellen – vad är det? .....   | 16 |
| Sofiamodellen för oss.....  | 17 |
| Barnen i Sofiamodellen.....   | 18 |
| Kommunikation med barnen om beroendeproblematiken.....                          | 19 |
| När mer hjälp behövs .....  | 20 |
| Självklara insatser för missbrukaren men inga givna insatser till familjen..... | 21 |
| Insatser för barnen – en evig kamp .....  | 23 |
| Om missbruket kommer igen .....   | 24 |
| Tema: Behov av hållande – över tid.....   | 25 |
| Resultat – kvantitativ studie .....   | 26 |

|   |    |
|---|----|
| Resursskattning .....   | 26 |
| Resursåtgång för att implementera Sofiamodellen .....   | 26 |
| Insatser till familjer med missbruksproblematik .....   | 26 |
| Långsiktiga hälsoekonomiska konsekvenser .....  | 30 |
| Samhällskostnader för barn som anhöriga (BSA) till föräldrar med alkoholproblem .                         | 30 |
| Återaktualiseringar – ett utfall för Sofiamodellen? .....   | 31 |
| Vad krävs för att Sofiamodellen skulle kunna visa positiva ekonomiska konsekvenser<br>på lång sikt? ..... | 31 |
| Diskussion .....  | 33 |
| Föräldrarnas perspektiv .....   | 33 |
| Resursskattning och långsiktiga ekonomiska konsekvenser .....   | 35 |
| Referenser .....  | 37 |

# Bakgrund

I Sverige växer en betydande andel barn upp i familjer där det förekommer beroendeproblematik eller psykisk sjukdom som är så allvarlig att föräldern behöver sjukhus- eller öppenvård samt omfattande insatser från socialtjänsten. Prevalensen varierar beroende på studier, men forskning från senare år i Sverige visar att mellan 8-17 procent av barnen är berörda<sup>1</sup>. Det finns studier som visar på de omfattande negativa konsekvenserna för dessa barn, både på kort sikt och på lång sikt<sup>2</sup>. På kort sikt handlar det om att barnen lever med oro, svåra upplevelser och ett ansvarstagande som är orimligt, de riskerar också att utveckla egen psykisk ohälsa och får ofta svårigheter i skolan<sup>3</sup>. På längre sikt medför uppväxt i beroendeproblematik att barnet får en ökad risk för egen beroendeproblematik och problem i arbetslivet<sup>3</sup>.

Missbruk och beroende är relaterat till stora hälsoförluster och kostnader för samhället<sup>4</sup>. Kostnaden fördelas mellan direkta kostnader i form av vårdinsatser och olika myndighetskostnader relaterat till beroendeproblematik samt indirekta kostnader i form av exempelvis inkomstbortfall. En kalkyl av samhällets merkostnader för gruppen barn som har föräldrar med beroendeproblematik eller med psykisk sjukdom visade 2015 på merkostnad om 35 miljarder kronor per år.

Insatser till vuxna med beroendeproblematik har länge fokuserats på att bryta själva missbruket. Vården och samhällets insatser har dock kritiserats för att inte lägga vikt vid vuxna som föräldrar och vid att ge stöd och hjälp till barnen i dessa familjer<sup>5</sup>. Under senare år har dock barn som anhöriga i familjer med beroendeproblematik lyfts fram och flertalet studier har visat på vikten av att ha familjeorienterade stödinsatser där barnens behov och delaktighet lyfts fram<sup>3</sup>. Nationellt kompetenscentrum anhöriga – Barn som anhöriga, framförde i en kunskapsöversikt från 2016 att de insatser som riktas till både föräldrar och barnet, samt pågår under en längre tid, verkar vara mest framgångsrika<sup>6</sup>. Vidare har studier visat att behandling av föräldern med beroendeproblematik blir mer framgångsrik och motiverande om hela familjen blir involverad<sup>7</sup>. Det handlar således om att minska riskfaktorerna som är kopplade till beroendeproblematiken samt att stärka skyddsfaktorerna i familjen. Det nationella kompetenscentret lyfter fram att detta kan ske genom tillsynes enkla insatser såsom att barnen får information om beroende och har möjlighet att både ställa och få svar på sina frågor. Dessutom är det viktigt att familjen kan få hjälp och stöd att prata om sina problem samt att barnen får möjlighet att beskriva sin egen oro och sina upplevelser<sup>8</sup>. Det familjeorienterade arbetssättet ligger också i linje med Barnkonventionen, som sedan januari 2020 är en del av svensk lag<sup>9</sup>. Två av Barnkonventionens artiklar som brukar lyftas fram som särskilt viktiga inom olika verksamheter är barns rätt till information och barns rätt till delaktighet<sup>10</sup>.

Under åren 2013 till 2014 initierade Socialförvaltningen i Uppsala i ett utvecklingsprojekt för att förbättra barnperspektivet inom beroendevården. Inriktningen var att stärka samarbetet mellan socialförvaltningens beroendeenhet och barnenheten. En särskild modell för ett familjeorienterat stöd och ett förstärkt samarbete mellan barn- och beroendeenheterna utarbetades under projektiden och kom under följande år att fortsätta utvecklas och implementeras. Modellen kallades för Sofiamodellen.

## Sofiamodellen

Sofiamodellen har under de senaste tre åren erbjudits inom Uppsala kommun för familjer där det finns ett problematiskt drickande eller drogbruk hos någon av föräldrarna.

Sofiamodellen är en arbetsmetod för att stärka familjens egen förmåga att förbättra sin situation. Det är en modell för att uppmärksamma barnen och barnens behov. Det är även en modell för att stödja motivation till att söka ytterligare hjälp, exempelvis genom behandling av beroendeproblematik eller anhörigstöd. Målgrupp för projektet är barn mellan 0 till 12 år i Uppsala kommun som har en eller flera föräldrar med beroendeproblematik. Sofiamodellen syftar till att minska riskfaktorer i familjen och att stärka skyddsfaktorer kring barnet. Föräldrarnas beroendeproblematik är den viktigaste riskfaktorn. Andra riskfaktorer är svårigheter i familjen att prata om problemet och att bristande uppmärksamhet ges till barnens tankar och känslor om föräldrarnas problematik.

Sofiamodellen innebär ett samarbete mellan socialsekreterare från barnenhet och beroendeenhet. Arbetssättet innebär att socialtjänsten bildar ett team för att hålla ihop insatser till familjen, öka barnens delaktighet och välmående samt samordnar eventuellt stöd.

Inom ramen för Sofiamodellen träffas socialsekreterare från barnenhet och beroendeenhet tillsammans med barn och föräldrar med syfte att se till att alla i familjen får den information och det stöd som de behöver. I ett inledande möte sker en planering av arbetet med familjen. Familjen deltar tillsammans i tre familjemöten och barnet/barnen får två enskilda möten med handläggarna. Under familjemötena ges information till hela familjen kring beroendetillståndet och stödinsatser för den föräldern med beroendeproblematik och de anhöriga. Syftet med de enskilda barnsamtalen är att förklara för barnet vad beroendet innebär och att barnets/barnens situation lyfts. Under samtalen ska de ha givits möjlighet att ställa frågor och uttrycka sina behov samt få information. Barnen har under dessa möten fått träffa socialsekreterare från barn- och beroendeenhet.

Implementering för Sofiamodellen i Uppsala startade september 2018 och kommer att pågå till februari 2022. Sofiamodellen som projekt utvärderas efter cirka två och ett halv års implementering. För att få en utvärdering av modellen från en extern part tillfrågades Uppsala universitet och forskargruppen CHAP – Child Health and Parenting, att bistå med denna. Utvärderingen har genomförts som ett forskningsprojekt med tre planerade delprojekt: barnens perspektiv, föräldrarnas perspektiv, en skattning av resursåtgången för Sofiamodellen samt av de insatser från socialtjänsten och öppenvården som familjerna erhåller och även tänkbara långsiktiga samhällsekonomiska konsekvenser. I föreliggande rapport presenteras föräldrarnas perspektiv, skattning av resursåtgång och långsiktiga samhällsekonomiska konsekvenser. Barnintervjuerna har inte varit genomförbara utifrån att det var ytterst få barn som deltagit i Sofiamodellen och att de få barn som fanns att tillfråga tackade nej till deltagande.

## Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet har varit att utvärdera Sofiamodellen, en arbetsmetod för familjer där en eller flera föräldrar har ett riskbruk eller en beroendeproblematik gällande alkohol och/eller narkotika. I projektet har föräldrarnas erfarenheter av Sofiamodellen inhämtats och en resursskattning har genomförts för att bedöma kostnader för Sofiamodellen och de insatser som familjerna erhåller från socialtjänst och öppenvård.

De frågor vi önskade svar på var hur föräldrar, både medförälder och den beroende föräldern, har upplevt Sofiamodellen och om den varit till stöd för familjen. Vidare frågade vi om barnen

var delaktiga i Sofiamodellen och om de hade fått eget stöd. Slutligen ville vi också undersöka om föräldrarna och barnen hade börjat prata mer om riskbruket/beroendet hemma.

För resursskattningen var vi intresserade av att få svar på vad Sofiamodellen kostade att implementera för socialtjänsten, vilka insatser som familjer som fick Sofiamodellen erhöll av socialtjänsten och öppenvården, samt vilka insatser som andra familjer med liknande problematik erhöll i kommunen, och vad dessa kostade.



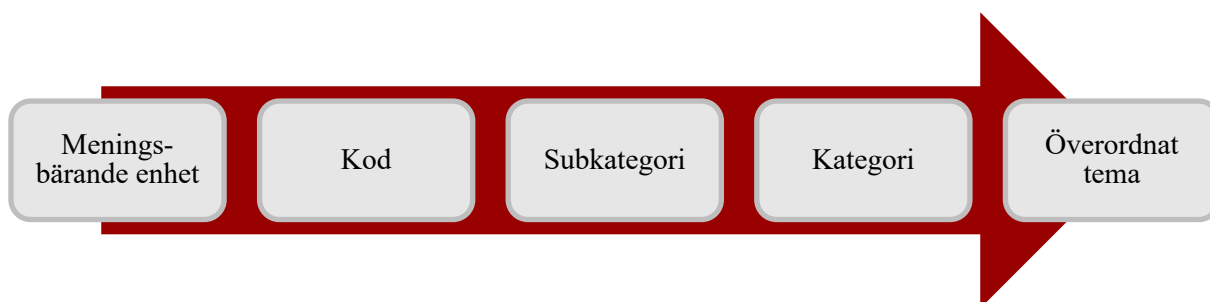
# Metod

Denna utvärdering har fått godkännande från Etikprövningsnämnden. Följande metodavsnitt innehåller information om intervjustudien (den kvalitativa studien med föräldrar) samt den kvantitativa studien (skattning av resurser kopplade till Sofiamodellen, insatser för föräldrar, barn och familjer samt långsiktiga problem).

## Intervjustudie - Föräldrarnas perspektiv

En intervjuguide har utarbetats av erfarna kvalitativa forskare och reviderats efter synpunkter från projektledaren för Sofiamodellen. Intervjuguiden fokuserar på tre olika områden: Föräldrarnas uppfattning om Sofiamodellen och om arbetsmetoden varit till hjälp eller ej, Föräldrarnas uppfattning om barnet varit delaktigt och fått stöd, Föräldrarnas uppfattning om familjens kommunikation kring riskbruket/beroendeproblematiken efter Sofiamodellen. De semistrukturerade intervjuerna genomfördes av en person som har god kännedom om socialtjänstens arbete, men ingen egen involvering i Sofiamodellen. Både föräldrar som har en egen riskbruks- och/eller beroendeproblematik samt föräldrar som är anhöriga har intervjuats i studien. Totalt intervjuades 14 föräldrar, varav 10 kvinnor och fyra män. Åtta föräldrar beskrev att det var barnets andra förälder som hade en beroendeproblematik och sex att det var de själva som hade eller hade haft en beroendeproblematik. Intervjuerna genomfördes via telefon och ljudet har spelats in. Ljudet har transkriberats, i transkriberingen uteslöts sådant som kunde identifiera forskningspersonerna, till exempel namn på personer. Forskningspersonernas personuppgifter ersattes med en kod.

Materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats<sup>11</sup>. Induktiv ansats innebär att analysen utgår från materialet utan en förutbestämd analysram. Materialet analyserades med ett barn-, föräldra- och familjefokus. I det transkriberade materialet identifierades meningsbärande enheter. Dessa meningsbärande enheter kodades sedan. Koderna kategoriserades till subkategorier som sedan fördes ihop till huvudkategorier. Slutligen formulerades ett tema. Samtliga steg i analysen gjordes i ett samarbete mellan forskarna och diskuterades tills samstämmighet uppnåddes.



**Figur 1.** Analyssteg i kvalitativ innehållsanalys

I kvalitativa studier ska de intervjuades röster höras genom hela resultatet. De föräldrar som intervjuats beskriver beroendeproblematik i familjen på olika sätt. De absolut flesta använder termen missbruk eller beroende. Trots att missbruk är en term som exempelvis socialtjänsten

valt att undvika, använder vi i resultatredovisningen termerna missbruk och beroende samt termen ”föräldern med missbruk” för föräldern med beroendeproblematik. Den förälder som uppger att det är barnets andra förälder som har eller har haft beroendeproblematik benämns som medförälder. Termen föräldrar innefattar båda rollerna, medförälder och förälder med beroendeproblematik.

## Kvantitativ studie - Resursskattning

Kostnader för Sofiamodellen och de insatser som familjer fått från socialtjänsten och öppenvården är beräknade från september 2018 till juni 2021 (två år och nio månader).

### Resursåtgång för att implementera Sofiamodellen

För att implementera Sofiamodellen har vissa kostnadsposter identifierats i projektplaneringsfasen av arbetsmodellen. Dessa poster är sammanfattade i Tabell 1. Data har sedan kontinuerligt samlats in under tiden som Sofiamodellen implementerats. Denna data har bestått av både kvantifiering av resurser (t ex. hur många som utbildats) och värdering (t ex. lönekostnad för processledare).

**Tabell 1.** Resursåtgång för att implementera Sofiamodellen

| Resurs        | Mått              | Måttillfällen |
|---------------|-------------------|---------------|
| Processledare | Personalkostnad   | Kontinuerligt |
| Lokal         | Lokalkostnad      | Kontinuerligt |
| Material      | Kostnad vid inköp | Kontinuerligt |
| Handledning   | Omkostnad         | Kontinuerligt |
| Utbildning    | Omkostnad         | Kontinuerligt |

Arbetsmetoden kräver medverkan från olika delar i organisationen med handläggare från beroendeenheterna, barnenheterna och från öppenvården för barn och vuxna. Därför är alla tre delarna med barnenheterna, beroendeenheterna och öppenvården representerade i projektgruppen för Sofiamodellen. Projektgruppen består av en styrgrupp (chefer från samtliga enheter), projektledare och processledare. För dessa kostnadsskattningar har vi exkluderat den arbetstid som lagts ner på insatsen från styrgruppen, samt arbetskostnader från de socialsekreterare som haft möten med familjer och barn inom ramen för Sofiamodellen, då dessa inte anses som extrakostnader för verksamheten. Vi har också exkluderat den tid som brukarna själva och deras familjer lagt ner på att delta i Sofiamodellen.

### Insatser till familjer med missbruksproblematik

För att undersöka vilka insatser som familjer med missbruk erhållit från socialtjänsten och öppenvården använde vi oss av verksamhetsdata, det vill säga data som hämtats från interna uppföljningssystem. Med hjälp av denna data har vi fått information om olika typer av insatser, till vilken grad samtliga familjer har fått dessa insatser och hur länge. De insatser som vi

fokuserat på identifierades redan till stor del i projektplaneringsfasen av Sofiamodellen. Dessa är sammanfattade i Tabell 2.

**Tabell 2.** Insatser som följs upp under implementeringen av Sofiamodellen

| Typ av insats                                 | Vem         |
|---|-------------|
| Familjesamtal/insats <sup>a</sup>             | Familj      |
| Utredning                                     | Barn, vuxna |
| Uppföljning                                   | Barn, vuxna |
| Placering HVB/familjehem <sup>b</sup>         | Barn, vuxna |
| Stödboende, utredningshem, kontaktfamilj m.m. | Barn, vuxna |
| Öppenvård <sup>c</sup>                        | Barn, vuxna |

<sup>a</sup> Inkluderar bland annat familjebehandling, hemterapeut, Råd&Stöd.

<sup>b</sup> Hem för vård eller boende

<sup>c</sup> Inkluderar tolvstegsbaserad behandling, andra behandlingsgrupper, Previct blåstelefon, Trappan, samtal med socialsekreterare m.m.

För familjer som genomgått Sofiamodellen: För insatser från socialtjänsten och öppenvården har data kontinuerligt samlats in från tiden att familjer påbörjade sin behandling genom Sofiamodellen, och sedan upp till två år efter avslutad behandling med Sofiamodellen. Vi har gjort en skattning av insatser fram tills 2021-06-01, varpå för vissa individer har inte en två-årsuppföljning hunnits med, då de avslutat behandling genom Sofiamodellen för mindre än två år sedan.

För jämförelsefamiljer: Dessa består av familjer som har ”remitterats” till Sofiamodellen men som aldrig erhållit Sofiamodellen av olika skäl.

För att göra en värdering av hur mycket dessa insatser har kostat för kommunen, så har vi använt oss av kostnadsskattningar gjorda av socialtjänstens ekonomiavdelning. Samtliga enhetskostnader (kostnader för varje separat insats) är presenterade i Tabell 3.

**Tabell 3.** Enhetskostnader för insats inom socialtjänsten och öppenvården (kr)

| Typ av insats  | Snittpris per dygn för hela inskrivningstiden     |
|--|---|
| Familjebehandling  | 89  |
| Trappan  | 108   |
| Hemterapeut  | 357   |
| Alkohol- och drogterapeut (DH13)                           | 672   |
| Råd och Behandlingsgruppen                                 | 263   |
| Kostnad per timme för samtalskontakt med socialsekreterare | 45  |
| Kontaktperson  | 110   |
| Kontaktfamilj  | 253   |
| Boendestöd från hembesöksteam                              | 193   |
|  |   |
| Familjehemsplacering barn                                  | 1 350   |
| Utredningshem/jourhem                                      | 5 609 för barn inkl. förälder (2 700 per individ) |
| Stödboende externt   | 1 246   |
| HVB externt  | 2 061   |
| Stödboende Uppsala   | 1 469   |
| HVB Uppsala  | 1 966   |
| Familjehem vuxen   | 2167  |
|  |   |
|  | <b>Pris</b>                                       |
| Previct- Kontigo Care                                      | 2700 kr/månad                                     |
| Hantverksslussen   | 1 200 kr per dag                                  |
| Kostnad per session, Mottagning mot våld i Uppsala         | 1 600 kr  |

### Långsiktiga samhällsekonomiska konsekvenser

Att barn och unga lever i hem med missbruk och/eller allvarlig sjukdom medför direkta och indirekta kostnader för samhället på kort och lång sikt. En studie av Hovstadius, Ericson<sup>12</sup> presenterade en beräkning av samhällets årliga kostnad för den andel av befolkningen som vuxit upp som anhörig (BSA) till förälder med psykisk sjukdom eller missbruk av alkohol eller narkotika. Studien fokuserar på samhällets långsiktiga merkostnad som kan härledas till psykisk sjukdom och missbruk i vuxen ålder för BSA. Samhällskostnaderna inkluderar direkta och

indirekta kostnader för samhällets olika sektorer (staten, regionerna, kommunerna, privata sektorn och individen).

Vi har skattat olika scenarier för kostnadsbesparingar kopplade till hypotetiska effekter av Sofiamodellen. Detta för att utfall relevanta för att skatta långsiktig inverkan inte samlades in under projektets gång.

# Resultat – intervjustudie

## Föräldrarnas perspektiv

I den kvalitativa analysen av intervjuerna framkom tre kategorier. Den första kategorin *Barnens liv i missbruket* finns som en kontext för övriga kategorier och temat. Den andra kategorin *Sofiamodellen i barnens missbruksvardag* beskriver föräldrarnas upplevelser av Sofiamodellen. Den tredje kategorin *När mer hjälp behövs* handlar främst om familjernas utökade behov av hjälp. Temat *Behov av hållande – över tid* går som en röd tråd genom alla kategorier.

I resultatredovisningen går vi igenom varje kategori med dess subkategorier och slutligen det övergripande temat. Föräldrarnas röster visas i resultatet genom citat. För att citaten inte ska kunna leda till att personer ska kunna identifieras kan personliga pronomen ha ändrats och likaså tidsangivelser.

| Barnets liv i missbruket                            |                             |  |                                      |                          |
|---|-----------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|
| Önskan om att barnen inte drabbas                   | Att förlora sin förälder    | Barnen som ansvarar för den missbrukande föräldern                         | Föräldraförmågan borde inte påverkas | Barnen i missbruksvården |
| Sofia-modellen i barnets missbruksvardag            |                             | När mer hjälp behövs   |                                      |                          |
| Vägen till Sofiamodellen                            | Sofiamodellen vad - är det? | Självklara insatser för missbrukaren men inga givna insatser till familjen | Insatser för barnet - en evig kamp   |                          |
| Sofiamodellen för oss                               | Barnen i Sofiamodellen      |  |                                      |                          |
| Kommunikationen med barnet om beroendeproblematiken |                             | Om missbruket kommer igen  |                                      |                          |
| Behov av hållande – över tid                        |                             |  |                                      |                          |

**Figur 2.** Översikt av föräldrarnas perspektiv av Sofiamodellen sorterat i kategorier (n=3), subkategorier (n=13) och ett tema.

## Barnens liv i missbruket

### *Önskan om att barnen inte drabbas*

I intervjuerna har alla föräldrar fått frågor som handlat om familjens situation relaterat till missbruket. När föräldrarna har beskrivit missbruket har de ofta fått en följdfråga om hur de tror barnen har påverkats. Det framkommer en varierad bild över hur föräldrarna beskriver att barnen påverkats. Flera medföräldrar förmedlar att det är oron för barnen som har gjort att de har sökt hjälp och stöd. Men många, både medföräldrar och missbrukande föräldrar, svarar att barnen inte har påverkats av missbruket. De fortsätter med att barnen inte har förstått eller inte minns händelser kopplade till missbruket, vilket förklaras med barnens låga ålder eller att missbruket inte pågått under så lång tid.

”Så han har ju inte märkt av vare sig deras pappas drickande, eller mitt heller, alls på samma sätt som den äldsta har gjort”

Många föräldrar verkar också koppla samman att barnen inte pratar om sina upplevelser eller föräldrarnas missbruk med att de inte har påverkats på något bestående sätt. Flera föräldrar nämner också att de är uppmärksamma på att barnet verkar vara glatt och bekymmerslös och tar det som ett tecken på att barnet mår bra och inte tänker på eller mår dåligt över missbruket.

”Hon... [litet skratt] hon... har varit lit-,  
eller hon är väldigt öppen och glad och  
framåt och sådär”

Samtidigt finns i flertalet intervjuer beskrivningar av hur det är just barnet eller barnen som har varit den som har behövt larma ambulansen eller medföräldern när de varit ensamma med den missbrukande föräldern som intoxikerat. Det finns också berättelser om hur barnen är uppmärksamma på den missbrukande föräldrarnas mående, både det psykiska måendet och tecken på missbruk.

”Nej, asså dom har inte frågat mycket, dom  
har inte frågat mycket, det har dom inte.  
Och så kanske jag har varit trött nån gång,  
och så bara, ’mår du dåligt’, nej, jag mår  
inte dåligt, jag är bara lite trött och det kan  
man vara”

En medförälder beskriver att hela familjen vaktar den missbrukande föräldern. Det finns också beskrivningar av att barn uttrycker oro i sammanhang när de uppmärksammar att det finns droger eller när de ser okända personer som är berusade.

”Och då var han ju lite när några var fulla,  
,mamma, kan vi inte gå, kan vi inte gå’,  
ehh, men det har blivit lite bät-, eller det har  
blivit bättre nu”

Alla föräldrarna med eget missbruk beskriver att de slutat missbruka och att de lyckats med detta under en, för dem, lång tid. Det framkommer en önskan att lägga missbruket bakom sig, både för egen del och i relation till barnen. Det är inte något man vill prata om.

”Vi försöker liksom inte lägga nån vikt i  
asså att sitta och prata om det, just nu, för  
att det är inte...”

## *Att förlora sin förälder*

I intervjuerna finns beskrivningar av att barnets kontakt med den missbrukande föräldern ser olika ut. Vissa barn bor med både sin medförälder och den missbrukande föräldern, andra bor växelvis, några bor endast med sin medförälder och ytterligare andra barn är placerade i familjehem. Oavsett boendeform finns berättelser om att medföräldern strävar efter att barnet ska ha en relation med den missbrukande föräldern.

”Fram tills dess så har vi ju verkligen...  
bemödats oss om att ha en relation, och  
fokuserat på det som funkar”

Strävan efter att barnet ska ha en relation har ibland förekommit tillsammans med beskrivningar av att barnet varit mycket illa av den missbrukande förälders missbruk. När det inte är möjligt för barnet att ha en relation till den missbrukande föräldern, något som kan bero på att föräldern har ett pågående svårare missbruk eller är frihetsberövad, kan det väcka sorg både hos barn och hos medförälder. I andra berättelser framkommer att missbruket har lett till att barnet har dragit sig undan från sin missbrukande förälder.

”Men mamma var nummer ett. Men det har,  
det vände helt efter det där, så han, han har  
fortfarande en ganska... distans till sin  
mamma, och man märker att han kan vara,  
blir väldigt arg på henne, och jag har frågat  
vad det beror på, det har ju med det här att  
göra, det har han sagt”

I de fall där barnets båda föräldrar har ett missbruk kan barnet förlora dem båda plötsligt och över tid. Det kan ske genom att föräldern är borta lång tid på behandlingshem, ibland utan möjlighet för barnet att varken hälsa på eller ha kontakt med sin förälder. Det kan också handla om att barn förlorar sina föräldrar då de blir inlagda inom den psykiatriska slutenvården på grund av psykisk sjukdom, missbruk eller suicidförsök.

Föräldrar berättar att barnen som är placerade i familjehem har kontakt med sina missbrukande föräldrar i olika omfattning och det är socialtjänsten som reglerar detta. Detta är något som vissa föräldrar beskriver som frustrerande och andra som förståeligt. En förälder med eget missbruk beskriver att socialtjänsten förklarat att det kan ta tid innan barnet kan flytta tillbaka och att hen förstår detta och att det är för barnets bästa som det måste vara så.

”Jag har ju inte varit den bästa föräldern  
under dom åren... Asså jag vet att jag, jag,  
jag vill gärna ha honom mer, men ehh, jag  
har inte så lång drogfri tid, jag har sju-åtta  
månader, det kommer ta tid innan han får  
komma hem ”



### *Barnen som ansvarar för den missbrukande förälder*

I intervjuerna framkommer att barnen tar ett stort ansvar för sina missbrukande föräldrar. Det är först när den missbrukande föräldern har slutat missbruka som ansvarstagandet verkar kunna minska och barnen kan vara mindre på sin vakt och må bättre.

”Han har ju en företagshälsovårdsinsats också, att få Antabus. Dricka Antabus. Och det har han ju gjort nu sen i (månad), så nu har det ju varit, om vi säger, nyktert sedan dess då, så det är väl nu dom kan börja slappna av lite”

I nästan alla intervjuer beskrivs dock att den missbrukande förälder tar ett eller flera återfall och att barnen ofta är närvarande på något sätt när dessa återfall sker. Det kan vara allt ifrån att vara med när föräldern blir intvingad i en ambulans, till att tillkalla polis, ambulans eller att barnet larmar sin andra förälder.

Trots att missbruket kan ha upphört så beskriver många medföräldrar att ansvaret fortsätter i form av att vara på sin vakt. De är själva uppmärksamma på signaler som tyder på att missbruket återkommit och de nämner att även barnen är på sin vakt för detta. Ibland beskrivs att hela familjen blir indragen i en orolig och kontrollerande situation där tilltron till den missbrukande föräldern är mycket låg.

”Det finns alltid nån sån här gnagande känsla, att det kanske ändå inte är som hon säger ”

Det går inte att lita på att hen säger som det är, inte ens när medföräldern ställer direkta frågor. Det leder till en situation hemma med många konflikter och bråk. I vissa familjer har konflikterna minskat i takt när föräldern med beroende inte längre brukar.

”Jag och min man, vi tjafsar inte lika mycket, och-, eller det är ju nästan obefintligt nu, att bråka som, som vi gjorde förut när jag drack, då... tjafsade vi ju mycket, fram och tillbaka”

### *Föräldraförmågan borde inte påverkas*

Barnen som beskrivs i intervjuerna har, som tidigare beskrivits, olika familje- och boendesituationer. När barnet bor mestadels hos den icke missbrukande föräldern beskriver hen

att socialtjänsten inte tycks oroade över barnens situation. Detta är särskilt framträdande när den missbrukande föräldern tycks fungera väl i sitt liv, då beskrivs att socialtjänsten har mycket svårt att förstå vidden av missbrukets påverkan på barnen. Detta gäller också när det förekommer typer av missbruk som inte är lika välkända inom missbruksvården, som exempelvis sexmissbruk. Situationen kan också många gånger bli ännu mer komplex när den missbrukande föräldern varit våldsam mot barnen och/eller medföräldern.

I många fall berättar medföräldern om signaler på missförhållanden när barnet är hos den missbrukande föräldern, såsom ett aktivt missbrukande med vålds- och hotinslag.

I de fall medföräldern är orolig för missförhållanden resonerar hen ofta med sig själv kring skyddsfaktorer så som att den missbrukande förälderns föräldrar håller koll, att barnen beskriver vad som sker hos den missbrukande föräldern vilket ger insyn och slutligen att barnen har förmåga att larma till larmcentralen eller till medföräldern vid behov.

”Det var ju barnen som kontaktade mej, så att jag kunde komma och hjälpa dom. Så det var jätteskönt att känna, att då kan jag liksom på nåt sätt, jamen nu i efterhand, så kunde jag liksom släppa det mera, eftersom jag kunde lita på barnen”

Andra föräldrar uttrycker en ambivalens till den missbrukande förälderns föräldraförmåga.

”Jo, men på det stora hela, gott, tycker jag att det är [...] Jamen om hon kommer hem och berättar nåt sånt här, som jag tycker är omdömeslöst, eller inte okej [...] det var inte helt okej att sitta uppe och kolla på skräckfilm halva natten. Och då kan det kännas lite, vad ska man säga”

Andra föräldrar resonerar att missbruket aldrig har påverkat föräldraförmågan hos den missbrukande föräldern.

### *Barnen i missbruksvården*

När den missbrukande föräldern får behandling på behandlingshem för sitt missbruk innebär det ofta att föräldern är borta flera månader i taget. Det som framkommer i intervjuerna är att detta ofta verkar ske plötsligt. I många av beskrivningarna framkommer att det är svårt för barnen att förstå vad som har hänt, var föräldern är och varför.

”Men det var dom inte-, dom var inte så jättetillmötesgående. Och jag förstår ju, att dom inte kan, det finns säkert flera som har småbarn, så att det, jag fattar [...] han bara

bröt ihop totalt när vi skulle hem, och bara skrek, och var så arg, och ledsen, och då förstod jag såhär, 'wow, du saknar pappa jättemycket, du säger ingenting, men du märker att det är tomt utan honom'"

Det kan också bli svårt för barnen att vara så lång tid utan en förälder som de är vana vid bor hemma.

## **Sofiamodellen i barnens missbruksvardag**

Familjerna får kontakt med Sofiamodellen efter orosanmälningar om barn som far illa. Många familjer har även tidigare haft ett omfattande stöd från socialtjänsten. För föräldrarna glider insatserna samman, de vet inte vad som är en utredning efter en orosmälan eller vad som är delar av Sofiamodellen. Få föräldrar beskriver att de fått alla delkomponenter av Sofiamodellen.

### *Vägen till Sofiamodellen*

Familjerna fick tillgång till Sofiamodellen genom orosanmälningar om barn som far illa. I många fall var det först efter upprepade orosanmälningar som kontakten inleddes. En förälder beskriver att Sofiamodellen erbjöds efter att familjen sökt stöd. Orosanmälningarna beskrivs främst sänts från sjukvården efter att föräldern inkommit akut efter intoxication eller suicidförsök. I flera fall är det barnen som har ringt ambulans eller tagit kontakt med medföräldern för att lösa en akut situation. En del medföräldrar har själva gjort en eller flera orosanmälningar och det har skett både i samboende och separerade föräldrapar. Medföräldrarna berättar att det kan ha funnits tidigare utredningar baserade på orosanmälningar om att barnet far illa, utredningar som lagts ner vilket lett till att medföräldern själv varit tvungen att göra en orosmälan. Föräldrar med missbruk beskriver att de kan ha haft långvarigt stöd gällande föräldraskap eller relationen i föräldraparet och att de i dessa kontakter aldrig diskuterat beroendeproblematiken. För dessa föräldrar har beroendevården och kontakten med Sofiamodellen inletts efter orosmälan.

Flera föräldrar beskriver ett långvarigt missbruk men även en lång kontakt med socialtjänstens beroendevård eller privat beroendevård. I dessa kontakter beskrivs inget stöd till medförälder eller barn. Några medföräldrar beskriver att det har tagit tid innan missbruket har upptäckts, i dessa fall beskrivs antingen att föräldern med beroendeproblematik inte uppfyller schablonbilden av en person med missbruk eller att själva beroendeproblematiken inte gäller de vanligare sorterna.

### *Sofiamodellen – vad är det?*

Utifrån att många av familjerna har flertalet insatser från socialtjänsten, som också kan ha pågått i många år, är det få som vet vad som är vad i socialtjänstens insatser. Föräldrarna beskriver socialtjänstens insatser och kontakter med socialtjänsten som "soc". De beskriver inte heller något behov av en benämning på eller att skilja mellan socialtjänstens olika insatser och arbetsmodeller.

"Jag minns faktiskt inte, för oss har det ju varit otroligt många möten med soc, och

dom har säkert hetat olika saker, för olika personer, liksom”

Hur föräldrarna förhåller sig till socialtjänstens interventioner gör också att de förknippar utredningen efter orosanmälan med Sofiamodellen. Några föräldrar uttryckte förvåning över att de kontaktas för en intervju om Sofiamodellen, något de inte känner igen att de har erhållit.

”Men står vi-, står jag som registrerad att jag har liksom ingått i den här Sofiamodellen på nåt sätt?”

En del av föräldrarna med missbruk beskriver den bristande insynen i Sofiamodellen med att de vid starten av Sofiamodellen själva varit på behandlingshem. Av andra föräldrar med missbruk beskrivs bristande insyn utifrån att de inte bor tillsammans med barnen. Det gäller både när barnet är placerat i ett familjehem eller när barnet lever tillsammans med medföräldern. När föräldrar beskriver svåra upplevelser som skett i samband med Sofiamodellen eller starten på utredningen sammankopplas dessa händelser med Sofiamodellen. Detta gör att några av föräldrarna har uppfattningen att Sofiamodellen har lett till att barnen har blivit placerade i familjehem eller att missbruket har eskalerat.

”Men det ledde ju inte till nåt bättre, mina barn är ju tagna med ett LVU efter det, så att jag skulle inte säga att det har”

### *Sofiamodellen för oss*

Familjerna beskriver en stor variation i vilka delkomponenter de har erhållit i Sofiamodellen. De flesta beskriver att de deltagit på ett eller flera möten där handläggare från beroendeenheten, barnenheten och en person från Sofiamodellen och den andra föräldern. Föräldrar beskriver att de under mötena fått möjlighet att prata om missbruket och att de har uppskattat det.

”Och det var lite det jag tänkte, just det där med att facilitera samtalet, att alla får komma till tals... att man får säga allt vad man vill och behöver och känner och tänker, att det inte är nån som liksom orkestrerar samtalet, eller styr samtalet. Det tyckte jag var bra”

Många föräldrar beskriver en oro inför mötena inom Sofiamodellen. En oro var att föräldern med beroende skulle skuldbeläggas. Denna oro var obefogad, både föräldrar med missbruk och medföräldrar beskriver att föräldern med missbruk bemötts med respekt av personalen i

Sofiamodellen och inom socialtjänsten i stort. Det har inte förekommit skam- eller skuldbeläggande, vilket beskrivs som positiv. Medföräldrar berättar vidare att respekten för den föräldern med missbruk var gynnsam för barnen.

Föräldrarna beskriver att det första mötet innehöll mycket information, vilket sågs som positivt av några och negativt av andra. Mötena beskrivs främst varit fokuserade på föräldern med missbruk och de framtida interventionerna för missbruket. Medföräldrarna uttrycker att det var gynnsamt att få inblick i den missbrukande förälderns vård men att rollen som medförälder och medförälderns behov av att bli sedd i mötena har brutit.

”Jag vet inte riktigt vad jag gjorde på dom där mötena, för dom pratade ju ingenting om mej, liksom. Eller asså jag [litet skratt] jag var där, men det var inte mej det handlade om”

Medföräldrarna beskriver att de önskade att de fått mer stöd och hjälp inom ramen för Sofiamodellen och att de önskat att stödet funnits över längre tid. Även de föräldrar som berättar att de har fått mycket stöd och hjälp via Sofiamodellen betonar att det kan behövas ännu mer stöd utifrån att situationen är mycket pressad och måendet starkt påverkat.

”Jag var helt lamslagen också faktiskt”

Beskrivningen över Sofiamodellens timing skiftar. Föräldrar beskriver Sofiamodellen som en kort kontakt och ibland upplevelser av att Sofiamodellen är forcerad i tid. Det kan visa sig genom att samtalen inte hinner till punkt under de olika mötena eller genom att inplanerade insatser inte har hunnit ske innan uppföljningsmöten och avslut av Sofiamodellen.

Det finns också beskrivningar att Sofiamodellen har upplevts ge familjen ett kontinuerligt stöd genom att alla delar av Sofiamodellen har länkats i varandra.

Det är inte alla medföräldrar som har förstått att den missbrukande föräldern har haft ett missbruk och upplever att de själva har bristande kunskap om missbruk. Föräldrar önskar då mer information om missbruk och hur missbruket kan ta sig uttryck.

När annan missbruksproblematik än alkohol och narkotika förekommit beskriver medförälder att personal i Sofiamodellen-mötena saknat kunskap om det aktuella missbruket vilket haft en mycket negativ och rent av skadlig påverkan på medförälder och barn. Medföräldrarna beskriver hur missbruket i de fallen har minimerats inför barnen.

### *Barnen i Sofiamodellen*

Det är få föräldrar som kan svara tydligt på frågan om barnen varit med på något eller några möten inom Sofiamodellen. En del av föräldrarna beskriver att barnen inte har varit med, medan andra är osäkra på om barnen deltagit. Det är flera föräldrar som beskriver att barnen har varit delaktiga i samband med utredningen. Ingen förälder beskriver tydligt att barnen fått ett eget samtal inom Sofiamodellen.

Det finns upprepade beskrivningar av att de yngre barnen inte har deltagit i Sofiamodellen. De barnen har inte heller fått stöd i efterledet, exempelvis för att de är för unga för Trappan. Det finns inte heller några beskrivningar av hur de yngsta barnens behov har framkommit i Sofiamodellen-mötena. Däremot finns beskrivningar av hur äldre barns behov har kommit fram i samband med Sofiamodellen-mötena och att mötena har gett information om vilka insatser det finns för de barnen. Det finns dock inga berättelser om hur informationen gavs under mötena, om den gavs till föräldrar och/eller till barnen själva.

En missbrukande förälder lyfter vikten av barnens frivillighet i Sofiamodellen och resonerar att barnets eget intresse och vilja fick styra deltagandet. Flertalet föräldrar beskriver också att deras barnen inte vill gå på fler möten, inte vill träffa fler personer och att barnen säger att de ”har pratat klart”. Då åsyftas både utredningen och Sofiamodellen-mötena. De föräldrar som beskriver hur mötena har blivit för barnen beskriver att mötena inte har varit barnanpassade och att barnen har blivit passiva i mötena.

”Dom vill ju inte åka dit [skratt]. Dom tycker det är tråkigt att vara där, men jag, jag tycker att det har vart bra att dom liksom har fått varit där, och pratat, och dom har ju haft möjligheten att säga, vad dom vill och så”

Föräldrarnas beskrivningar av hur barnen upplevt mötena spänner från att de varit tråkiga för barnen till något fall där mötet har upplevts direkt skadligt för barnen. I detta fall har barnen tvingats sätta ord på förälderns missbruk inför den missbrukande föräldern. Detta trots att barnhandläggarna innan mötet bedyrat att barnen kunde vara tysta på mötet om de så önskade. I det fallet var inte heller barnen fria att lämna mötet när de uttryckte att de ville det. Sofiamodellen-mötet beskrivs därigenom ha ökat barnens oro och mötet ledde till att barnen vägrade vidare kontakt med socialtjänsten. Det finns också beskrivningar från medföräldrar hur den missbrukande föräldern kan ha svårt att ta barnets perspektiv och att det inte har varit möjligt trots att barnhandläggaren som deltagit i Sofiamötena har försökt nå fram. En medförälder beskriver hur hen önskade att även beroendehandläggaren, som nådde fram till den missbrukande föräldern, hade hjälpt till att lyfta barnens perspektiv och behov.

### *Kommunikation med barnen om beroendeproblematiken*

I intervjuerna berättar någon enstaka förälder att hen hela tiden varit öppen om missbruket i förhållande till barnen och berättat att hen var alkoholist i samband med att hen sökte hjälp för beroendet. I övriga intervjuer framkommer en mer varierad bild. Av de relativt få föräldrar som beskriver att de pratar med barnen om beroendeproblematiken är det några som berättar att det blivit en förändring av detta i samband med att de deltagit i Sofiamodellen eller efter de fått stöd, ofta via familjeenheterna, efter deltagandet i Sofiamodellen. De föräldrarna beskriver att Sofiamodellen varit hjälpsam och att barnen blivit öppnare och pratar mer. En förälder reflekterar över att det kan vara svårt för barnen att prata om beroendet när de har levt länge, kanske hela sitt liv, i medberoende.

De flesta föräldrar ger dock en beskrivning av att de inte själva tar initiativ till samtal med barnen om missbruket utan tänker sig att barnen ställer frågor om de behöver. Det verkar dock, utifrån det föräldrarna berättar, vara få barn som ställer frågor.

En särskild svårighet som framkommer gäller de yngre barnen, både att prata med dem och att veta hur de kan reagera på missbruket. Föräldrar beskriver också ett behov av att förstå signaler från barnen, både yngre och äldre, på att de är i behov av stöd och hjälp. Flera föräldrar hade önskat mer stöd inom ramen för Sofiamodellen kring detta.

Det finns också exempel på medföräldrar som beskriver att de försökt skydda barnen genom att inte prata med dem om hur det var hemma. Kontakter i Sofiamodellen och från familjeenheten fått dem att förstå att det är hjälpsamt och viktigt för barnen att föräldern kan prata om det som pågår och är svårt.

”Och då försökte jag liksom städa upp efter  
han, och hålla fasaden uppe för barnen,  
och... Så att dom inte skulle förstå nånting,  
så att jag tror att det beteendet har hängt  
kvar, i mitt eget beteende sen, att jag inte  
har pratat med dom, eller med den äldsta”

Vissa av de missbrukande föräldrarna beskriver hur de har fått ett tydligt stöd från socialtjänsten i hur de kan samtala med barnen om beroendet. De exempel som föräldrarna beskriver är hur de kan prata med barnen om att alkohol/droger är dåliga att använda eller hur någon som är alkoholpåverkad kan bete sig. Vissa föräldrar beskriver ”soc säger att jag ska säga” vilket för en av föräldrarna är svaret på ”vad ska jag säga till mitt barn?”. Det finns också beskrivningar av tydliga anvisningar från socialtjänsten kring hur föräldern kan prata och bemöta sitt barn, som föräldern inte riktigt håller med om. Trots det stöd som erhållits från Sofiamodellen och socialtjänsten i att samtala med barnen, så framkommer det att flera av föräldrarna upplever att det är fortsatt svårt att prata med och lyssna på barnen om missbruket, men också om mående, våld och svåra upplevelser. Förklaringarna till detta är olika, det kan handla om att man vill lägga det bakom sig eller att det är ett ovant och ett svårt ämne.

“Men det är väl alltid... ovant att sätta sig  
och prata om sånt där, det är ju liksom lite  
stigma över det där hela, tycker jag”

En förälder med egen beroendeproblematik beskriver ett behov av verktyg i föräldraskapet för att hantera om barnen själva använder droger eller alkohol.

### **När mer hjälp behövs**

Det finns en skillnad i vem som får insatser från socialtjänsten, där insatser för missbrukaren beskrivs som självklara medan stöd för medföräldrar och barn, trots stora behov, inte på ett självklart och enkelt sätt har erhållits från socialtjänsten eller från andra aktörer.

### *Självklara insatser för missbrukaren men inga givna insatser till familjen*

De insatser som socialtjänsten ger till föräldern med missbruk beskrivs som självklara, positiva och tydliga av nästintill alla intervjuade. Många medföräldrar och föräldrar med missbruk uttrycker stor tacksamhet för missbruksvårdsinsatserna.

”Dom har verkligen hjälpt till liksom. Jag menar, så han har fått samtalsstöd, och behandling. För dom kan samordna alltihopa, så att väldigt, väldigt bra hjälp”

Beroendevården beskrivs också ges från många olika aktörer så som hälso- och sjukvård, företagshälsovård och privata aktörer. Dessa kontakter kan vara långa, över många år.

Beroendevården beskrivs som en självklarhet utan valmöjlighet till skillnad från socialtjänstens övriga insatser som beskrivs som valbara. Endast en medförälder beskriver att insatser för beroende är något som går att vägra, medan några beskriver att interventioner avbrutits i förtid på grund av återfall till bruk eller att missbrukaren helt enkelt valt att avsluta kontakten. En förälder berättar hur missbruksvården finns kvar efter återfall.

”Ja, dom är helt fantastiska. Dom är helt fantastiska, det... Jag är jättetacksam för att gå där, just att jag har fått börja om så många gånger, också så... Ja, det har vart en stor hjälp”

Till skillnad från självklarheten i insatserna till föräldern med missbruksproblematik beskriver en del medföräldrar att det enda de har fått från socialtjänsten är mötena inom Sofiamodellen. Detta trots att de uppger att de under mötena i Sofiamodellen uttryckt stora behov, dels av eget stöd men också vad gäller stöd till barnen.

”Jag-, nej, nej, ja, för i så fall fick jag väl, om jag mår dåligt så sa dom, då får du ringa vårdcentralen, och så får du prata med nån där”

Det finns många beskrivningar av det stora stödbehov medföräldern har för egen del när de har ett gemensamt föräldraskap med en förälder med beroendeproblematik.

”Men innan dess så fanns det inte nån sån tanke, att jag som [litet skratt] ensam vårdnadshavare för flera år, med barn som mår jättedåligt, skulle behöva hjälp”



Det finns dock inte utrymme för det egna behovet av stöd i den krissituation som uppkommit när missbruket uppdagas. Då är det framförallt barnens behov som fått ta plats.

”Utan, man var ju uppe i det, och det bästa-,  
jag ville bara att det skulle vara så bra som  
möjligt för (barnets namn)”

Vidare beskriver några medföräldrar att det är svårt att rymma det egna stödet i vardagsbestyren. Stödbehovet kan komma senare, lång tid efter krisen som varit, både för medföräldern och för barn. Stödbehov kan även återkomma om man initialt har fått ett gott stöd från socialtjänsten.

”Det ska pusslas som vanligt, liksom med  
logistik, och laga mat och, ja”

Föräldrar beskriver med nöjdhet stödet de har fått från exempelvis familjeenheten. Andra medföräldrar beskriver hur de, efter en längre tid, har sökt stöd från andra aktörer än socialtjänsten för sina egna behov. De har inte uppfattat att det stöd som de behöver som medförälder har funnits inom socialtjänsten. Annat stöd som de sökt har varit inom hälso- och sjukvården, exempelvis kontakt med psykolog eller kurator. Medföräldrarna beskriver även att de hade ett behov av att hantera sina känslor gentemot den missbrukande föräldern och dess missbruk. Känslor som riskerade att påverka relationen till den missbrukande föräldern och på så sätt påverka barnet. De medföräldrar som haft kontakt med Råd och Behandling beskriver att de fått gott stöd där och att det varit betydelsefullt att prata med personer som har kunskap om missbruk. Några föräldrar misstänker att de inte får det stöd de behöver utifrån att de kan hålla uppåt hålla en fasad som fungerande förälder.

”Jag blev bortglömd i hela den här  
Sofiamodellen, asså att jag tror att jag bara  
fick stå där, på sidan om nånstans, och bara  
kämpa på, och heja på, ’åh, du är så duktig’,  
men...”

Vilka insatser som ges till familjen i efterledet efter Sofiamodellen styrs till viss del av föräldern med beroendeproblematik, genom att föräldern inte kommer på utsatta möten eller avslutar missbruksvården. Här beskrivs återkommande upplevelser av svek, ur medföräldrarnas perspektiv. Några av de svek som beskrivs är när den missbrukande föräldern inte fullföljer sin missbruksvård. Detta beskrivs inte bara som ett svek i sig, att den missbrukande föräldern inte tar emot vården, utan medför i flera fall att medföräldern inte längre får några insatser.

Medförälder: ”För jag kände att jag ändå  
nånstans... hade behovet utav det, för han  
avbröt ju sin behandling  
Intervjuaren: Och då hade du inte fått den  
här anhörigveckan som normalt ingår i den  
typen av behandling?  
Medförälder: nej nej”

Detta får i sin tur negativa konsekvenser för barnen, resonerar föräldrarna. Vidare påverkar den missbrukande föräldern villkoren för barnens mående genom att hålla sig nykter eller inte.

### *Insatser för barnen – en evig kamp*

Flera medföräldrar och missbrukande föräldrar beskriver att det har krävts engagemang, ork och kraft för att säkerställa att barnen får de insatser de behöver och som de blivit informerade om i Sofiamodellen. Detsamma gäller insatser för medföräldern. Insatserna har i Sofiamodellen beskrivits som erbjudanden, vilka ibland har varit omöjliga för medföräldrarna att orka söka.

”Det är väl lite jag som har efterfr-, asså  
jag... har fått strida väldigt mycket för att få  
nånting, överhuvudtaget. Det är bara-, ja.  
Jag har inte blivit erbjuden nånting”

Det är inte enbart socialtjänstens insatser till barnet som föräldern måste kämpa för. Stöd från hälso- och sjukvården har krävt ihållande ansträngning från föräldern. Att stödet slutligen kommit barnet till del beror på att föräldern vägrat ge upp. Stödet kan då ha kommit mycket sent i förhållande till barnets mående och behov.

”Så att-, och då kom ju (barnets namn) in-,  
för i, i (månad) blev det, innan... innan  
(barnets namn) till sist, kom till BUP, och  
dom började en utredning”

Medföräldrar beskriver att striden för att barnen ska få de insatser som barnet behöver, barnens dåliga mående och det egna måendet har uttröttat dem. En medförälder beskriver att när hen beskrev sitt behov av stöd i efterledet av Sofiamodellen, så nekades föräldern den avlastning som behövdes.

När barnet har erbjudits insatser är det främst Trappan som beskrivs och då genomgående positivt. De allra flesta barn som gått på Trappan beskrivs ha önskat och fått enskilda samtal. Föräldrarna uttrycker nöjdhet men främst i generella ordalag och baserat på antaganden grundade i barnens beteenden. Föräldrarna kan beskriva att barnen upplevs mer harmoniska efter Trappan.

”Och snälla, lite lugnare, och sådär, känner jag. Så jag tror-, det är väl det, att det är Trappan som har hjälpt dom mycket, dom har blivit lugnare, lite tryggare, eller tryggare, det har dom väl varit, men lugnare måste jag säga. Nåt lugn”

Föräldrarna beskriver också att barnen har skilda behov av stöd, något som kan bero på om barnet har en funktionsnedsättning eller helt enkelt grundat i syskons olikheter.

”Dom är lite olika, nån är jättekänslomänniska, nån är kanske mindre känslomänniska och sluter sig lite grann sådär, men liksom, dom hade behov att prata med nån som kunde guida, inte bara kring det här, utan liksom men det var en-, ett jobbigt-, en jobbig del i livet, helt enkelt”

Medföräldrarna beskriver även att insatser för föräldrar som har sämre förutsättningar än dem själva kan behöva tydligare och mer stöd från socialtjänsten för att säkerställa att barn och medföräldern får det stöd de behöver.

”Jag vet inte, jag... har fått höra två gånger... att det kan ligga mej i fatet, att jag vare sig är missbrukare, eller på nåt annat sätt missköter livet, att man får-, det är mycket svårare att få hjälp. (Yrkesperson) sa, det skulle hjälpa (barnets namn) om du söp ner dej och inte tog hand om honom, då skulle han få hjälp mycket snabbare”

### *Om missbruket kommer igen*

Föräldern med missbruk och medföräldrar beskriver att de vet hur de kan söka hjälp om missbruket återkommer. Några medföräldrar beskriver dock att de inte vet hur man kontaktar socialtjänsten förutom genom att göra en egen orosanmälan. En medförälder som upplever fortsatt oro för barnets situation hos den missbrukande föräldern uppger att hon gjort flera upprepade orosanmälningar, men att hon har avråtts från att göra fler egna orosanmälningar av socialtjänsten.

Många föräldrar beskriver en initial känsla av stigma och oro gällande kontakt med socialtjänsten, en känsla som lättar när kontakten väl är etablerad.

”Så på det-, även fast det är ju inte speciellt-, det är inte riktigt vad man tänker när man gifter sig och skaffar barn, att man ska-, man tänker inte att min familj ska hamna-, få orosanmälan, hamna på soc. Utan det har man ju en viss-, det har man ganska mycket-, vissa tankar om vilka som hamnar där”

När familjen sedan tidigare fått stöd för beroendeproblematiken av socialtjänsten beskriver de att det är betydligt enklare att söka hjälp när de redan har ett förtroende för socialtjänsten. Det har även gjorts att medförälder har sökt kontakt trots att ett återfall i missbruk endast pågått under en kortare tid – vilket i sin tur beskrivit varit gynnsamt i behandlingen.

### **Tema: Behov av hållande – över tid**

Bilden av familjernas behov av ett hållande över tid innefattar flera olika delar. Den första delen handlar om att vägen in i Sofiamodellen ofta innebär en kris eftersom kontakten med Sofiamodellen har föranletts av orosanmälningar. I denna pressade situation kan det vara svårt för medföräldrarna att vara uppmärksamma på och ha utrymme för sitt eget mående. Det kan vara omöjligt att, under denna tid, ta emot eller söka stöd för sig själv. Men det kan också vara övermäktigt att i det skedet söka mer stöd och hjälp för barnen.

Familjernas behov av hållande över tid handlar också om att önskan och behov av stöd och hjälp varierar över tid. Det påverkas av den missbrukande förälderns missbruk, barnets utveckling och barn och föräldrars mående. När den missbrukande föräldern har upphört med sitt missbruk kan barnen ges möjlighet att ta mindre ansvar. Samtidigt verkar oron inte släppa, vare sig hos barn eller medföräldrar, som fortsätter vara på sin vakt. Situationen för barnen och medföräldrarna är också sådan att de ofta får uppleva att föräldern återfaller i missbruk.

Missbrukets påverkan på familjerna sker inte i ett vakuum, utan samtidigt som livet i övrigt pågår. Barnen växer och deras behov av stöd och hjälp påverkas av utvecklingen i sig. En 4-åring har inte samma behov av kunskap och stöd som en 10-åring eller en 15-åring. Även föräldrarnas behov av stöd i föräldrskapet, kunskap om kommunikation med barnet om beroendeproblematiken och kunskap om hur barn i olika åldrar kan må och signalera detta varierar över tid i relation till barnens utveckling.

Familjerna har också en komplex situation där missbruket både påverkar och påverkas av andra händelser i livet, såsom separationer, våld, död, konflikter och gräl, stress och depression. För medföräldern kan det vara påfrestande att ensam bära barnen och deras behov i detta samt att se till att få stöd för egen del. En önskan att följas upp över tid av en känd kontakt som fokuserar på hela familjens behov skulle underlätta och avlasta.

I detta långa och varierade behov av stöd upplevs Sofiamodellen som begränsad utifrån att modellen endast innefattar ett fåtal möten över kort tid. Det gör att, trots att Sofiamodellen beskrivs har varit hjälpsam, finns ett behov av ett motsvarande stöd över längre tid. Detta är särskilt viktigt eftersom det ter sig som att det endast är Sofiamodellen som har som mål att nå hela familjen när det gäller missbruksproblematik.

# Resultat – kvantitativ studie

## Resursskattning

### Resursåtgång för att implementera Sofiamodellen

I Tabell 4 redovisas resursåtgång för att implementera Sofiamodellen under perioden september 2018 till juni 2021 (två år och nio månader). Denna skattning inkluderar kostnad för arbetskraft (löner, arbetsgivaravgifter och semesterersättning), lokalhyra, material, handledning och utbildning för personal, resekostnader och övriga kostnader.

**Tabell 4.** Resursåtgång för att implementera Sofiamodellen (kr)

| <b>Resurs</b>                      | <b>Kostnad</b> |
|------------------------------------|----------------|
| Process- och projektledare (löner) | 2 584 000      |
| Lokalhyra                          | 30 000         |
| Material m.m.                      | 20 000         |
| Handledning                        | 166 000        |
| Utbildning                         | 53 000         |
| Resekostnader                      | 3 000          |
| Arbetsplatskostnad och overhead    | 479 000        |
| Övriga kostnader                   | 32 000         |
| Totalt                             | 3 368 000      |
| <b>Per familj (n=40)</b>           | <b>84 200</b>  |

Totalt kostade implementeringen av Sofiamodellen 3,37 miljoner kronor, där den största kostnadsposten var lönekostnader för process- och projektledare. I budget för projektet har arbetsplatskostnad räknats med 14 500 kr per månad. Denna kostnadspost har inte bokförts i projektredovisningen. Därför har vi lagt till denna kostnad i ovanstående redovisning, där den motsvarar 14 500 kr gånger 33 månader. Då 40 familjer fick Sofiamodellen, är kostnaden per familj 84 200 kr.

### Insatser till familjer med missbruksproblematik

I Tabell 5 redovisas antal individer som fått olika typer av insatser från socialtjänsten och öppenvården, både för familjer i Sofiamodellen samt jämförelsefamiljer. Tabellen är uppdelad så att den första delen avser barn, den andra delen vuxna, och längst ner i tabellen en skattning av antalet familjer som får familjeinsatser.

**Tabell 5.** Antal individer som fått olika typer av insatser, skattningar för familjer som fått Sofiamodellen och jämförelsefamiljer

| <b>Barn</b>  | <b>Sofiamodellen (n=86)</b> | <b>Jämförelsefamiljer (n=51)</b> |
|--|-----------------------------|----------------------------------|
| Placering familjehem   | 11 (12.7%)                  | 5 (9.8%)                         |
| Kontaktfamilj  | 3 (3.4%)                    | 0                                |
| Utredningshem  | 0                           | 1 (2.0%)                         |
| Säkerhetsplaneringsteam  | 0                           | 1 (2.0%)                         |
| Utredning <sup>a</sup>   | 0                           | 17 (33.3%)                       |
| Uppföljning  | 24 (27.9%)                  | 9 (17.6%)                        |
| <b>Öppenvård</b>   |                             |                                  |
| Trappan  | 4 (4.7%)                    | 1 (2.0%)                         |
| Samtal med socialsekreterare   | 6 (7%)                      | 3 (5.9%)                         |
| Kontaktperson  | 1 (1.2%)                    | 1 (2.0%)                         |
| Annat  | 0                           | 2 (3.9%)                         |
| <b>Vuxna</b>   | <b>Sofiamodellen (n=76)</b> | <b>Jämförelsefamiljer (n=59)</b> |
| Stödboende   | 5 (6.6%)                    | 4 (6.8%)                         |
| Boendestöd   | 1 (1.3%)                    | 0                                |
| HVB  | 13 (17.1%)                  | 2 (3.4%)                         |
| Familjehem   | 0                           | 1 (1.7%)                         |
| Hembesöksteamet  | 0                           | 2 (3.9%)                         |
| Utredning  | 1 (1.3%)                    | 4 (6.8%)                         |
| Uppföljning  | 4 (5.3%)                    | 1 (1.7%)                         |
| <b>Öppenvård</b>   |                             |                                  |
| DH13   | 5 (6.6%)                    | 1 (1.7%)                         |
| Råd och Behandlingsgruppen   | 6 (7.9%)                    | 6 (10.2%)                        |
| Previct- Kontigo Care  | 3 (3.9%)                    | 0                                |
| Samtal med socialsekreterare   | 4 (5.3%)                    | 1 (1.7%)                         |
| Annat  | 1 (1.3%)                    | 1 (1.7%)                         |
| <b>Familjer</b>  | <b>Sofiamodellen (n=40)</b> | <b>Jämförelsefamiljer (n=30)</b> |
| Familjebehandling/<br>hemterapeut/familjeenhet/<br>Råd&Stöd <sup>b</sup> | 11 (27.5%)                  | 5 (16.7%)                        |

<sup>a</sup> Barn och vuxna aktualiseras till Sofiamodellen genom socialförvaltningen. En utredning av barnens situation ska först ha påbörjats. Detta innebär att antalet barn i Sofiamodellen som genomgått en utredning, har gjort det innan Sofiamodellen påbörjades, varpå den inte rapporteras här.

<sup>b</sup> Endast räknat en gång per familj, även om fler personer i familjen nåtts av insatsen

Av totalt 86 barn som genomgick Sofiamodellen, blev 11 familjehemsplacerade efter att insatsen påbörjats. Tre barn hade en kontaktfamilj, och socialtjänsten genomförde uppföljning efter utredning (som skedde innan Sofiamodellen påbörjades) för 24 barn. Fyra av barnen fick insatsen Trappan, sex barn hade samtal med socialsekreterare var eller varannan vecka, och ett av barnen hade kontaktperson.

Av totalt 51 barn i jämförelsefamiljerna var fem av barnen placerade i familjehem, ett barn i utredningshem och ett barn fick stöd från ett säkerhetsplaneringsteam. Vidare utreddes 17 av dessa barn, varav nio barn följdes upp efter utredningen. Ett barn fick insatsen Trappan, tre av barnen hade samtal med socialsekreterare en gång var eller varannan vecka, och ett barn hade en kontaktperson.

Bland de 76 vuxna som genomgick Sofiamodellen fick 13 heldygnsvård i HVB-boende, fem hade stödboenden och en person fick boendestöd. En vuxen genomgick en utredning, och fyra vuxna följdes upp efter utredning. Fem personer fick tolvstegsbaserad behandling (DH13), sex fick stöd från Råd och Behandlingsgruppen, tre personer använde Previct Kontigo Care blåstelefon, och fyra hade kontinuerliga samtal med socialsekreterare.

Bland jämförelsefamiljer, vilket totalt bestod av 59 vuxna, fick två personer heldygnsvård på HVB-boende, fyra personer fick stödboende och en person heldygnsvård i familjehem. Fyra individer utreddes, och en följdes upp efter utredning. En person gick tolvstegsbaserad behandling (DH13), sex personer fick stöd från Råd och Behandlingsgruppen, en person hade kontinuerliga samtal med socialsekreterare och två personer fick hjälp från hembesöksteamet.

I familjer som genomgick Sofiamodellen, vilket totalt var 40 familjer, fick 11 av dessa någon form av familjebehandling eller stöd för hela familjen. Fem familjer i jämförelsegruppen av totalt 30 familjer fick liknande stöd.

I Tabell 6 presenteras resultat gällande kostnader för insatser som familjer i Sofiamodellen erhållit, samt jämförelsefamiljer.

**Tabell 6.** Kostnader för insatser från socialtjänsten och öppenvården för individer i Sofiamodellen och jämförelsegrupp (kr)

| <b>Barn</b>  | <b>Sofiamodellen (n=86)</b> | <b>Jämförelsefamiljer (n=51)</b> |
|--|-----------------------------|----------------------------------|
| Placering familjehem   | 4 864 050                   | 3 380 400                        |
| Kontaktfamilj  | 16 584                      | -                                |
| Utredningshem  | -                           | 35 100                           |
| Säkerhetsplaneringsteam  | -                           | 14 490                           |
| Utredning <sup>a</sup>   | -                           | 91 800                           |
| Uppföljning  | 64 800                      | 29 700                           |
| Trappan  | 130 896                     | 12 960                           |
| Samtal med socialsekreterare   | 42 840                      | 7 785                            |
| Kontaktperson  | 63 030                      | 8 580                            |
| Annat  | -                           | 13 795                           |
| <b>Totalt barn</b>   | <b>5 182 200</b>            | <b>3 594 610</b>                 |
| <b>Vuxna</b>   | <b>Sofiamodellen (n=76)</b> | <b>Jämförelsefamiljer (n=59)</b> |
| Stödboende   | 615 137                     | 755 474                          |
| Boendestöd   | 17 756                      | -                                |
| HVB  | 1 406 362                   | 383 950                          |
| Familjehem   | -                           | 409 563                          |
| Hembesöksteamet  | 17 756                      | 104 606                          |
| Utredning  | 5 400                       | 21 600                           |
| Uppföljning  | 10 800                      | 2 700                            |
| DH13   | 540 960                     | 34 944                           |
| Råd och Behandlingsgruppen   | 375 301                     | 265 104                          |
| Previct- Kontigo Care  | 69 840                      | -                                |
| Samtal med socialsekreterare   | 35 235                      | 13 725                           |
| Annat  | 588 000                     | 4 250                            |
| <b>Totalt vuxna</b>  | <b>3 682 547</b>            | <b>1 995 916</b>                 |
| <b>Familjer</b>  | <b>Sofiamodellen (n=40)</b> | <b>Jämförelsefamiljer (n=30)</b> |
| Familjebehandling/hemterapeut/<br>familjeenhet/Råd&Stöd <sup>b</sup> | 290 135                     | 37 024                           |
| <b>Totalt för barn, vuxna och familjer</b>                           | <b>9 154 882</b>            | <b>5 627 550</b>                 |
| <b>Per familj</b>  | <b>228 872</b>              | <b>187 858</b>                   |



Barn som fick Sofiamodellen konsumerade resurser från socialtjänsten och öppenvården till ett värde av cirka 5,2 miljoner kronor från september 2018 till juni 2021 (två år och nio månader). Under samma tidsperiod konsumerade barn från samma målgrupp, men som inte fick Sofiamodellen, resurser för cirka 3,6 miljoner kronor. Deras föräldrar konsumerade resurser för ungefär 3,7 och 2 miljoner, uppdelat för de som fick Sofiamodellen respektive jämförelsegruppen. Totalt under denna tidsperiod fick familjer som ingick i Sofiamodellen insatser från socialtjänsten och öppenvården till ett värde av upp emot 9,15 miljoner kronor, och jämförelsefamiljer fick insatser till ett värde av 5,6 miljoner kronor. Uppdelat på kostnad per familj, så fick varje familj i Sofiamodellen i genomsnitt insatser till ett värde av 228 872 kr, och jämförelsefamiljer insatser till ett värde av 187 858 kr. Varje familj i Sofiamodellen förbrukade alltså i genomsnitt cirka 40,000 kr mer än jämförelsefamiljer, under hela tidsperioden.

## Långsiktiga hälsoekonomiska konsekvenser

### *Samhällskostnader för barn som anhöriga (BSA) till föräldrar med alkoholproblem*

Hovstadius et al.<sup>12</sup> följde en kohort barn födda i Sverige under 1973–1978. Mätperiodens längd varierade mellan 12 och 18 år för individer i studiepopulationen; 18 år för individer födda 1973 och 12 år för de födda 1978. Det sista uppföljningsåret (2008) var individerna i studiepopulationen i åldern 30 till 35 år. Totalt ingick 535 508 personer i studiepopulationen. BSA-gruppen omfattar barn som i åldern 0–17 år haft minst en förälder som vårdats på sjukhus för psykisk sjukdom och/eller alkohol- och/eller narkotikamissbruk. Inom den totala studiepopulationen fanns totalt 41 770 individer (7,8 %) inom BSA-kategorin. Fördelning mellan olika problematik bland föräldrar illustreras i Tabell 7.

**Tabell 7.** Antal i BSA-gruppen (n= 41 770) med minst en förälder med psykisk sjuk-dom, och/eller alkoholmissbruk och/eller narkotikamissbruk då barnen i BSA-gruppen var 0–17 år.

| <b>Föräldrars problematik</b>                   | <b>n – antal barn</b> | <b>% av BSA-gruppen</b> |
|---|-----------------------|-------------------------|
| Psykisk sjukdom                                 | 24 922                | 60                      |
| Alkoholmissbruk                                 | 9 564                 | 23                      |
| Narkotikamissbruk                               | 940                   | 2                       |
| Psykisk sjukdom och alkoholmissbruk             | 4 208                 | 10                      |
| Psykisk sjukdom och narkotikamissbruk           | 775                   | 2                       |
| Alkoholmissbruk och narkotikamissbruk           | 991                   | 2                       |
| Psykisk sjukdom, alkohol- och narkotikamissbruk | 370                   | 1                       |
| <b>Totalt</b>                                   | <b>41 770</b>         | <b>100</b>              |

Beräkningar av merkostnader för BSA-gruppen omfattar samhällskostnader för psykiska sjukdomar, alkoholmissbruk och narkotikamissbruk bland de vuxna som tidigare varit BSA. Dessa problem förekommer oftare bland vuxna som har vuxit upp som barn i familjer med psykisk sjukdom och/eller alkohol/narkotika-missbruk. Exempelvis har 0,6 procent av hela studiepopulationen fått slutenvård för alkoholmissbruk och 0,6 procent öppenvård någon gång under uppföljningsåren. Motsvarande andelar för BSA-gruppen är 2,0 procent respektive 1,8 procent.

Följande kostnader inkluderas i beräkningar: socialtjänstens kostnader, hälso-och sjukvårdskostnader, kostnader för statliga myndigheter och privat sektor samt indirekta kostnader (produktionsbortfall kopplat till bland annat sjukskrivning, tidig pension eller arbetslöshet). Merparten av samhällets totala kostnad för alkohol- respektive narkotikamissbruk utgörs av indirekta kostnader (56 % respektive 42 %)<sup>12</sup>. Indirekta kostnader utgör även största andelen av samhällets kostnader för psykisk sjukdom, ca 75 procent av samhällets kostnader<sup>13</sup>.

Våra beräkningar baseras på 33 procent av populationen inom BSA-gruppen, vilket representerar barn som vuxit upp med minst en förälder med alkoholproblematik (23 %) eller psykisk sjukdom och alkoholmissbruk (10 %), vilket totalt är 13 772 individer.

Merkostnader för hela BSA-gruppen redovisas som 35,2 mdkr/år (prisnivå 2008) som motsvarar 39,3 mdkr/år i år (prisnivå 2020<sup>14</sup>). För samtliga barn som växer upp i familjer med alkoholmissbruk är merkostnaden cirka 12,9 mdkr. Vidare beräknas merkostnad per barn som anhörig till förälder med alkoholproblematikern till 941 693 kr (12,9 mdrk/13 772 individer).

### Återaktualiseringar – ett utfall för Sofiamodellen?

I Tabell 8 presenteras antal och andel återaktualiseringar i socialtjänsten för **Sofiamodellen** och **jämförelsefamiljer**. För Sofiamodellen presenteras även utfall för dem som fullföljt hela modellen och dem som inte gjort det.

**Tabell 8.** Antal återaktualiseringar för Sofiamodellen och jämförelsefamiljer, ett års uppföljning

|                            | Antal återaktualiseringar under ett år |    |   |          | Total | % av barn som blivit återaktualiserade |
|----------------------------|--|----|---|----------|-------|--|
|                            | 0                                      | 1  | 2 | pågående |       |  |
| <b>Sofiamodellen</b>       |  |    |   |          |       |  |
| Fullföljt                  | 3                                      | 14 | 1 | 4        | 22    | 86 %                                   |
| Ej fullföljt               | 10                                     | 7  | 1 | 0        | 18    | 44 %                                   |
| <b>Total Sofiamodellen</b> | 13                                     | 21 | 2 | 4        | 40    | 67 %                                   |
| <b>Jämförelsefamiljer</b>  | 16                                     | 11 | 2 | 1        | 30    | 47 %                                   |

Utifrån befintliga data visar Sofiamodellen fler antal barn som blivit återaktualiserade (67 %) i jämförelse med familjer som inte fått insatsen (47 %). Bland deltagare som har fullföljt Sofiamodellen (22 familjer) är andel barn som blivit återaktualiserade högst (86 %).

### Vad krävs för att Sofiamodellen skulle kunna visa positiva ekonomiska konsekvenser på lång sikt?

Enligt våra beräkningar, kostar Sofiamodellen 84 200 kr/familj. Dessutom konsumerade Sofiamodellens deltagare mer resurser, 44 347 kr/familj jämfört med jämförelsegrupp. Varje familj hade genomsnittligt 2 barn. Detta innebär att extrakostnader per barn inom Sofiamodellen är 64 273 kr.

I Tabell 9 presenteras olika scenarier som kopplas till effektivitet av Sofiamodellen. Här tittar vi på potentiella kostnadsbesparingar om färre barn skulle växa upp som anhörig till förälder med missbruk. Som ett illustrativt exempel använder vi 100 familjer med totalt 200 barn som en potentiell målgrupp för Sofiamodellen.

**Tabell 9.** Olika scenarier för uppskattning av ekonomiska konsekvenser av Sofimodellen beroende på effektiviteten.

| Antal familjer (barn) | Andel förebyggda fall (familjer) | Antal förebyggda fall (barn) | Kostnader Sofiamodellen för 100 familjer | Långsiktiga besparingar för barn (941 693 kr/barn/år) |            |
|-----------------------|----------------------------------|------------------------------|--|---|------------|
|                       |                                  |                              |  | 1 år  | 6 år       |
| 100 (200)             | 7%                               | 14                           | 12 854 700                               | 13 183 706  |            |
|                       | 1%                               | 2                            | 12 854 700                               | 1 883 387   | 11 300 319 |

Våra beräkningar visar att om Sofiamodellen förebygger sju procent BSA i jämförelse med vanligt omhändertagande får man tillbaka alla insatsens kostnader under ett år, när barnen blir vuxna. Om Sofiamodellen enbart är en procent effektivare får man tillbaka investerade kostnader under år sju.

# Diskussion

## Föräldrarnas perspektiv

Syftet med den kvalitativa delen av denna undersökning var att utvärdera Sofiamodellen genom intervjuer med medföräldrar och föräldrar med beroendeproblematik. Vi ville undersöka om modellen varit till stöd för familjen och huruvida barnen varit delaktiga. Ytterligare ett syfte var att undersöka om barnen fått eget stöd och om familjen hade börjat prata mer om beroendeproblematiken hemma. Genom analysen har vi haft ett barn-, föräldra- och familjefokus, det vill säga vi har läst intervjuerna för att få svar på frågorna och belysa hur de intervjuade beskriver barnens upplevelser, behov och delaktighet, de egna upplevelserna som föräldrar samt hela familjens perspektiv.

Trots att syftet var att undersöka Sofiamodellen så har även andra viktiga berättelser framkommit i intervjuerna. Den första kategorin – Barnens liv i missbruket, beskriver inte Sofiamodellen i sig, utan innefattar berättelser om hur barnens liv är i familjerna med beroendeproblematik. I föräldrarnas berättelser finns det tydliga beskrivningar av hur barnen har påverkats negativt av beroendeproblematiken i familjen. Både vad gäller barnets mående och relationen till föräldrar. Barnen kan ha haft och fortsatt ha ett stort ansvar för föräldrarnas beroende och också upplevt potentiellt traumatiska händelser när de varit med när föräldern intoxikerat. Ytterligare svåra händelser kan vara när barn förlorat kontakten med sin förälder under kortare och längre perioder.

Jämte dessa beskrivningar finns tydliga förhoppningar om att barnen eller föräldraskapet inte ska ha påverkats på ett varaktigt sätt av beroendeproblematiken. Efter tämligen korta tider av nykterhet och drogfrihet upplever föräldrarna att beroendeproblematiken är avslutad och något som de kan lägga bakom sig. Inte heller socialtjänsten tycks alltid förmå se att föräldraskapet kan ha påverkats av beroendeproblematiken trots tydliga beskrivningar av barnens utsatthet. De separerade medföräldrarnas beskrivningar av hur barnen har det när de är hos föräldern med beroendeproblematik och resonerande om att barnen är i säkerhet kan ses som en inre konflikt hos medföräldern. Medföräldern har ingen möjlighet att neka umgänge även när de har en stark oro för att barnen utsätts för risker hos föräldern med beroendeproblematik. Samtidigt finns en önskan om att barnet ska ha en relation med föräldern med beroendeproblematik.

Barnens omfattande utsatthet i familjer med beroendeproblematik är ingen nyhet i sig, men analysen belyser behoven av insatser som har fokus på barn, föräldraskapet och familjen. Missbruksvården tycks ha ett nästan obefintligt anhängsperspektiv där beroendeproblematiken ses som ett isolerat problem som endast inkluderar en vuxen person. Detta är oroväckande och nedslående, med tanke på den omfattande kunskap som nu finns kring barn som anhöriga och deras behov för att få ett gott liv nu och i framtiden<sup>3,8</sup>.

Familjerna kommer i kontakt med Sofia efter en eller flera orosanmälningar. Beroendeproblematiken kan då ha pågått i årtal utan att familjen som helhet har fått några insatser. Intervjuerna ger bilden av att det är först när en missbruksproblematik har gått så långt att det har föranlett en eller flera orosanmälningar som familjen får stöd. Det betyder att Sofiamodellen inte tycks ha funnits för alla barn och familjer där det finns en beroendeproblematik, även om det funnits en etablerad kontakt med socialtjänsten. Detta kan förstås påverkats av att Sofiamodellen funnits under relativt kort tid.

Utifrån tidigare kunskap om barn som anhöriga och den utsatthet som familjerna ofta lever i, torde Sofiamodellen kunna erbjudas i ett så tidigt skede som möjligt när beroendeproblematiken upptäcks.

Många familjer är osäkra på vad som är Sofiamodellen i relation till andra insatser från socialtjänsten och de beskriver en stor variation i vilka delar de har fått i modellen. Det går inte tydligt att utläsa i intervjuerna varför Sofiamodellen sett så olika ut för olika familjer. Flera föräldrar, både medföräldrar och föräldrar med beroendeproblematik, beskriver att Sofiamodellen har varit bra, att de har bemötts på ett fördomsfritt och respektfullt sätt och fått viktig information. Att leva i en familj med beroendeproblematik är för många skamfyllt och oron för kontakt med socialtjänsten kan vara stor<sup>15</sup>. Därför är det icke-dömande bemötande familjerna fått i Sofiamodellen betydande i stunden, men det verkar också ha en positiv påverkan på föräldrars inställning till att söka stöd och hjälp igen från socialtjänsten.

Något som upplevts mindre positivt är att mötena i Sofiamodellen främst fokuserat på den vuxna med beroendeproblematiken och insatser kring detta. De vuxna med beroendeproblematik verkar dock inte ha fått tillräckligt stöd för att ta sina barns perspektiv, vilket är något som efterfrågas av flera medföräldrar.

Intervjuerna ger att medföräldern och barnen ofta hamnat i skymundan, vilket av medföräldrarna upplevts som att de glömts bort, i sin roll som anhöriga, i rollen som förälder och som sig själva. Få föräldrar beskriver att barnen har varit med på Sofiamodellen-mötena. För de yngre barnen kan detta påverkats av att handläggarna ansett att barnen varit för unga för att medverka i samtal. De föräldrar som har haft äldre barn och som berättar att barnen varit med ger beskrivningar som tyder på att mötena inom Sofiamodellen inte varit anpassade till barnens behov. Barnen har blivit tysta under mötena och de har tyckt mötena var tråkiga. Det är också oklart om barnen fått information riktad till sig och om de i så fall har förstått informationen. Om barnen varit för unga för att delta verkar det ha resulterat i att barnen inte fått något alls. Inte heller verkar de föräldrarna ha fått stöd via Sofiamodellen i att prata med sina yngre barn hemma eller kunskap om barns signaler på psykisk ohälsa. Sofiamodellen ämnar fokusera på barnens och familjens behov, men intervjuerna ger bilden av att det inte har lyckats fullt ut.

Sofiamodellen har också som mål att hjälpa familjerna kommunicera mer och enklare kring beroendeproblematiken. Några föräldrarna beskriver att Sofiamodellen har varit hjälpsam och att barnen efter socialtjänstens insatser blivit öppnare. De flesta föräldrar tycks dock, av olika skäl, inte samtala med barnen om beroendeproblematiken. De inväntar istället att barnen ställer frågor, vilket de inte verkar göra. Huruvida det handlar om att barnen inte har frågor eller behov av att prata eller om det handlar om att det kan vara svårt för barnen att initiera dessa samtal, framgår inte av intervjuerna. Det ter sig viktigt att fortsätta utveckla denna del av Sofiamodellen för att den ska nå sitt syfte att kommunikationen ska vara enkel och barnen inte ska bära oro och funderingar själva. Föräldrarna till barn i alla åldrar efterfrågar mer kunskap för att bättre kunna förstå barnens signaler på psykisk ohälsa. Det kan både handla om barns mående i relation till beroendeproblematiken men även barns mående mer generellt. Detta kan ses som extra viktigt då det finns en betydande ökad risk för psykisk ohälsa hos barnen i dessa familjer.

För vuxna med beroendeproblematik finns omfattande vård och insatser, ofta pågår dessa över lång tid och kan i perioder vara intensiva behandlingar på annan ort. Dessa insatser ses som självklara och erbjuds upprepat vid behov. Men i dessa insatser verkar det, som tidigare beskrivits, inte finnas ett barn-, föräldra- eller familjefokus.

Även för medföräldrar finns stöd och hjälp inom olika verksamheter, såsom föräldraskapsstöd via familjeenheterna, eller i frågor rörande beroendeproblematiken via Råd och behandling. Det finns också hälso- och sjukvård att tillgå för medföräldrars eget mående, t.ex. via kurator eller

psykolog på vårdcentralen. Dessa insatser är frivilliga och medföräldern behöver själv ta kontakt, ringa runt och boka tider. Det finns heller inte någon koordination mellan dessa insatser eller kunskap och fokus på den komplexitet som livet i en familj där det finns beroendeproblematik innebär. Det är exempelvis alltså inte säkert att stödet kring föräldraskap som ges via Råd & stöd tar hänsyn till eller inkorporerar den påverkan som beroendeproblematiken kan ha på föräldrarnas och barnens mående. Inte heller är det säkert att individuella insatser kring exempelvis psykisk ohälsa via hälso- och sjukvården tar hänsyn till föräldraskap eller beroendeproblematiken. I den bemärkelsen ter det sig som att Sofiamodellen är unik i sitt fokus på hela familjen i beroendeproblematiken.

Vad gäller insatser till barnen i efterloppet av Sofiamodellen beskrivs det som att det finns olika verksamheter som ger stöd, men att det är en evig kamp att få stöd och hjälp. De verksamheter som lyfts fram, dock endast för de äldre barnen, är exempelvis Trappan, elevhälsans insatser såsom skolkuratoren eller hälso- och sjukvården såsom Barn- och ungdomspsykiatri, Habiliteringen, Barn- och ungdomspsykologerna (numera Barn- och ungdomshälsan). Även Barnskyddsteamet för våldsutsatta barn nämns. Ett allvarligt problem som framkommer är att barnen endast får stöd och hjälp om föräldern orkar kämpa. Flera föräldrar reflekterar över hur omöjligt det hade varit om de själva inte hade orkat och hur ojämnt det blir för de barn som kanske har det allra sämst. Ytterligare ett problem är, precis som för medföräldrarna, att insatserna inte är koordinerade och att hjälpen riskerar att bli fragmentarisk och därför inte sätter barnet med alla hans behov i centrum.

Utifrån föräldrarnas beskrivningar framträder ett tydligt behov av ett ökat stöd för att se till att alla barn som behöver det får stöd, oavsett ålder, samt ett behov av att det stöd som finns för barn är sammanhållet och koordinerat.

Den helhetsbild som träder fram från resultaten beskrivs i temat ”Behov av hållande – över tid”. Familjerna har fått ett slags hållande i och med Sofiamodellen och för första gången har familjen setts som ett system i relation till beroendeproblematiken. Sofiamodellen är unik med sitt uppdrag att samla hela familjen och låta alla, som vill, komma till tals, bli lyssnade på och få information. Samtidigt kvarstår behoven av att det stöd som finns i efterledet av Sofiamodellen blir mer lättillgängligt och koordinerat, inte minst för barnen. Att det finns en verksamhet som har en hållande funktion för dessa familjer är något som behövs över tid eftersom behoven av stöd och hjälp i dessa familjer fortgår.

## Resursskattning och långsiktiga ekonomiska konsekvenser

Sofiamodellen syftar till att uppmärksamma barnen och barnens behov. Det är också en modell för att stödja motivation till att söka ytterligare hjälp, exempelvis genom behandling av beroende eller anhörigstöd. Det innebär att vår hypotes inledningsvis varit att familjer som genomgår Sofiamodellen både under och efter modellen söker och får extra stöd. Detta innebär i sin tur att samhällskostnader i form av insatser från socialtjänsten och öppenvården skulle öka i och med att familjer genomgår Sofiamodellen. I denna utvärdering gjorde vi ingen statistisk analys för att säkerställa om skillnaden i kostnader för familjer som genomgått Sofiamodellen, i relation till jämförelsefamiljer, är statistiskt signifikant. Vi kan därför inte säkerställa om vår hypotes stämmer eller inte. Däremot kan man se ett mönster i andelen insatser som familjerna får, främst när det gäller boende (placering i familjehem, heldygnsvård i HVB-boende m.m.) och familjebehandling, där familjer som genomgått Sofiamodellen erhållit en större andel av dessa insatser. Detta reflekteras även i kostnaderna, då det blir speciellt tydligt när man jämför det genomsnittliga värdet av insatser som varje familj i Sofiamodellen och jämförelsefamiljer fått. Familjer som fick Sofiamodellen förbrukade resurser inom socialtjänsten och öppenvården till en genomsnittskostnad på 228 872 kr. Jämförelsefamiljer med beroendeproblematik

använder resurser till en genomsnittskostnad av 187 858 kr. Varje familj i Sofiamodellen förbrukade genomsnittligen resurser till ett värde som var cirka 40 000 kr mer än jämförelsefamiljer, över den tidsperiod som Sofiamodellen implementerats (två år och nio månader).

För att kvantifiera samhällsvärdet, eller det hälsoekonomiska värdet av insatser såsom Sofiamodellen, behövs skattningar av sociala effekter, utöver skattningar av resursåtgång. Det möjliggör en skattning av kostnaden för vunnen hälsa, vilket vi kan använda vid resursprioritering inom beroendevården, och beslutsfattande. Vi har i denna utvärdering fokuserat på hur mycket det kostat att implementera Sofiamodellen, samt hur mycket resurser från socialtjänsten och öppenvården som familjer som lever i eller bland beroendeproblematik konsumerar. Vad vi däremot saknar är en skattning av till vilken grad Sofiamodellen har påverkat hur föräldrarna med beroendeproblematik mår, hur de anhöriga i familjen mår, hur det påverkat deras presentationer på arbetet och i skolan, m.m. Vi kan därför i denna utvärdering inte avgöra kostnad per vunnen hälsa, förbättrad livskvalitet eller prestation i skolan eller på arbetet.

Tidigare forskning och studier rörande de samhällsekonomiska konsekvenserna av beroendeproblematik har ofta fokuserat på hälso- och sjukvårdens kostnadsbörda, samt hur det påverkat individens produktivitet. Ofta har man fokuserat på individerna med beroendeproblematik, och inte deras anhöriga. De tidigare studierna om kostnader för socialtjänsten och öppenvården har oftast anammat ett top-down perspektiv, vilket innebär att man skattat totala kostnader för alla insatser som personen med beroendeproblematik får. Vad denna utvärdering bidrar med är en inblick i de enskilda insatserna som både föräldern med beroendeproblematik och deras anhöriga får, samt vad dessa kan komma att kosta. Utvärderingen ger därför en mer övergripande bild av hur beroendeproblematiken påverkar hela familjer och stödet de får från socialtjänst och öppenvård.

Inom utvärderingen kunde vi inte påvisa potentiella samhällsvinster som kan relateras till Sofiamodellen, främst på grund av att data inte fanns tillgängligt för att mäta effekter av Sofiamodellen. För att bedöma långsiktiga samhällsekonomiska konsekvenser av Sofiamodellen behöver man ta hänsyn till en bredd av utfallsmått, så som barnens skolnärvaro och skolprestation samt föräldrarnas välmående, hälsa, sjukfrånvaro med fler. Användning av registerdata med lång uppföljningsperiod kan vara en lösning för att komma närmare till en uppskattning av kostnadseffektiviteten av Sofiamodellen och liknande insatser för barnfamiljer med alkoholproblematik.

# Referenser

1. Hjern A and Adelino Manhica H. Barn som anhöriga till patienter i vården - hur många är de? 2013.
2. Hjern A, Arat A and Vinnerljung B. Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? 2013.
3. Socialstyrelsen. Stärkt stöd till barn som anhöriga. 2020.
4. Missbruksutredningen. Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individen, kunskapen och ansvaret. 2011.
5. Alexandersson K and Näsman E. Barndom och föräldraskap i missbrukets skugga. . 2015.
6. Berggren Järkestig U and Hanson E. Stödprogram riktade till barn och/eller föräldrar när en förälder missbrukar alkohol eller andra droger – en kunskapsöversikt. 2016.
7. Copello A, Velleman R and Templeton L. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. Drug and alcohol review 2005; 24: 369-385.
8. anhöriga. Nk. Fakta om barn som anhöriga. 2020.
9. Barnrättighetsutredningen. Barnkonventionen blir svensk lag. 2016. Stockholm.
10. UN General Assembly. Convention on the Rights of the Child., <https://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html> (1989, accessed 21 October 2020).
11. Lindgren B-M, Lundman B and Graneheim UH. Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. International Journal of Nursing Studies 2020; 108: 103632. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>.
12. Hovstadius B, Ericson L and Magnusson L. Barn som anhöriga –hälsoekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader. 2015. Nka Barn som anhöriga.
13. Hjalte F, Gralén K and Persson U. Samhällets kostnader för sjukdomar år 2017. 2019. Lund.
14. [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_PR\\_PR0101\\_P\\_R0101A/KPItotM/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_PR_PR0101_P_R0101A/KPItotM/).
15. Battle B. “They Look at You like You're Nothing”: Stigma and Shame in the Child Support System. Symbolic Interaction 2019; 42: 640-668.