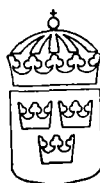


Regeringens proposition

1987/88:147

om tvångsvård av vuxna missbrukare, m. m.



Prop.

1987/88:147

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 17 mars 1988 för de åtgärder och de ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

Ingvar Carlsson

G. Sigurdson

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås att en ny lag ersätter lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall. Den nya lagen avses omfatta missbrukare av alkohol, narkotika och flyktiga lösningsmedel. Tvångsvård skall syfta till att motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Vissa jämkningar föreslås i förhållande till gällande lag vad avser villkoren för att vård skall få beslutas. Tvångsvård skall kunna ges på ett tidigare stadium av missbruket och i mindre akuta skeden än vad som sker nu. För att betona detta föreslås att det inte längre skall krävas att behovet av vård för att komma ifrån missbruket skall vara trängande. Vidare föreslås att även uppenbara sociala skadeverkningar av missbruket skall beaktas vid bedömningen av om vård skall beslutas. Ändringarna tar främst sikte på de yngre vuxna missbrukarna. Den nya lagen föreslås bli obligatoriskt tillämplig, om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda. Den längsta vårdtiden föreslås utökad från högst fyra till högst sex månader. Vidare föreslås att även socialnämnden, och inte som nu endast polismyndigheten, ges befogenhet att besluta om ett omedelbart omhändertagande.

Vissa ändringar föreslås i socialtjänstlagen (1980:620) bl. a. i syfte att betona socialnämndens ansvar för att en missbrukare får den hjälp och vård som han behöver.

Den nya lagstiftningen föreslås träda i kraft den 1 januari 1989.

Regeringen har tidigare i år i propositionen 1987/88: 79 om åtgärder mot AIDS föreslagit att 35 milj. kr. skall anvisas för en utbyggnad av hem för särskilt noggrann tillsyn för narkotikamissbrukare. I den nu framlagda propositionen redovisas den närmare inriktningen av detta statsbidrag.

Prop. 1987/88: 147

Lagförslagen i denna proposition har granskats av lagrådet. Propositionen innehåller därför tre huvuddelar: lagrådsremissen (s. 12), lagrådets yttrande (s. 222) och föredragande statsrådets ställningstagande till lagrådets synpunkter (s. 226).

Den som vill ta del av samtliga skäl för lagförslagen måste därför läsa alla tre delarna.

1 Förslag till

Lag om vård av missbrukare i vissa fall

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § De i 1 § socialtjänstlagen (1980:620) angivna målen för samhällets socialtjänst skall vara vägledande för all vård som syftar till att hjälpa enskilda människor att komma ifrån missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga läsningsmedel. Vården skall bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde.

2 § Vård inom socialtjänsten ges en missbrukare i samförstånd med honom enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (1980:620). En missbrukare skall dock beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i denna lag (tvångsvård).

För tvångsvårdens innehåll och utformning gäller bestämmelserna i socialtjänstlagen, om inte något annat anges i denna lag.

3 § Tvångsvården skall syfta till att motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk.

Beredande av vård

4 § Tvångsvård skall beslutas, om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga läsningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (1980:620) eller på något annat sätt och han till följd av missbruket

1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,

2. löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller

3. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Om någon för kortare tid ges vård med stöd av lagen (1966:293) om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall, hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt denna lag.

5 § Länsrätten beslutar om beredande av tvångsvård.

6 § Myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare är skyldiga att anmäla till länsstyrelsen om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt denna lag. Detta skall dock inte gälla myndigheter inom hälso- och sjukvården i vidare mån än som följer av andra stycket.

En läkare skall göra anmälan till länsstyrelsen, om han i sin verksamhet kommer i kontakt med någon som kan antas vara i behov av vård enligt denna lag och han bedömer att denne inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

7 § Länsstyrelsen skall inleda utredning, när den genom anmälan enligt 6 § eller på något annat sätt har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård.

Myndigheter som avses i 6 § första stycket är skyldiga att lämna länsstyrelsen alla uppgifter som kan vara av betydelse för en sådan utredning.

8 § När en fråga uppkommit om att bereda en missbrukare tvångsvård skall socialnämnden lämna länsstyrelsen en redogörelse för missbrukarens förhållanden samt för tidigare vidtagna och för planerade åtgärder. Socialnämnden skall också ange i vilket hem intagning kan ske och vilken vård utanför hemmet som planeras, om intagning sker.

9 § Socialnämnden skall i samband med att redogörelsen enligt 8 § upprättas utse en tjänsteman hos nämnden som skall svara för kontakterna med missbrukaren och med olika vårdgivare.

10 § När utredningen har inletts skall länsstyrelsen, om det inte är uppenbart obehövt, besluta om läkarundersökning av missbrukaren samt utse en läkare för undersökningen. Läkaren skall i ett intyg ange missbrukarens aktuella hälsotillstånd.

11 § Anser länsstyrelsen efter utredning att det finns skäl att bereda någon tvångsvård, skall länsstyrelsen ansöka om sådan vård hos länsrätten.

Till ansökan skall fogas de uppgifter socialnämnden lämnat enligt 8 § och, om det inte möter synnerligt hinder, ett läkarintyg om missbrukarens aktuella hälsotillstånd.

Om ansökan inte innehåller läkarintyg eller om det behövs av något annat skäl, får rätten besluta om läkarundersökning.

12 § Har rätten beslutat om tvångsvård skall socialnämnden se till att beslutet verkställs genom att missbrukaren bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 24 § första stycket, på sjukhus.

Rättens beslut upphör att gälla, om vården inte har påbörjats inom fyra veckor från den dag då beslutet vann laga kraft.

Beslutet upphör också att gälla om missbrukaren, sedan vården har påbörjats, under minst sex månader i följd antingen har vistats olovligt utanför ett hem som avses i 22 § eller varit intagen i häkte eller kriminalvårdsanstalt.

Omedelbart omhändertagande

13 § Socialnämnden eller polismyndigheten får besluta att en missbrukare omedelbart skall omhändertas, om

1. det är sannolikt att han kan beredas vård med stöd av denna lag, och
2. rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att han kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat, om han inte får omedelbar vård, eller på grund av att det föreligger en överhängande risk för att han till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Kan socialnämndens beslut om omhändertagande inte avvaktas, får beslut om omhändertagande fattas av nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat. Beslutet skall anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

När länsstyrelsen har ansökt om tvångsvård, får även rätten besluta att missbrukaren omedelbart skall omhändertas.

14 § En läkare skall göra anmälan till socialnämnden, om han i sin verksamhet kommer i kontakt med någon som kan antas omedelbart behöva tas om hand enligt denna lag och han bedömer att denne inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

15 § Har socialnämnden eller polismyndigheten beslutat om omedelbart omhändertagande, skall beslutet genast underställas länsrätten eller, om beslutet har fattats efter det att länsstyrelsen har ansökt om tvångsvård, den rätt som prövar frågan om vård.

Länsstyrelsen skall genast underrättas om beslutet. Har polismyndigheten fattat beslutet, skall myndigheten genast underrätta socialnämnden om sitt beslut.

16 § I samband med att ett beslut om omedelbart omhändertagande underställs rätten skall den myndighet som fattat beslutet, om det inte möter hinder, låta den omhändertagne få del av handlingarna i ärendet samt underrätta honom om hans rätt att

1. yttra sig skriftligt till rätten inom en viss angiven tid,
2. begära muntlig förhandling vid rätten, och
3. av rätten erhålla rättshjälp genom offentligt biträde.

Myndigheten skall också upplysa honom om att rätten kan komma att avgöra målet även om yttrande inte lämnas.

17 § Rätten skall så snart det kan ske och senast inom fyra dagar från det att beslutet underställdes rätten eller, om beslutet inte är verkställt när det underställs, från det att beslutet verkställdes, pröva om omhändertagandet skall bestå. Denna tid får förlängas till en vecka, om det på grund av någon särskild omständighet är nödvändigt.

Om det inte finns skäl för omhändertagande, skall rätten genast upphäva beslutet.

18 § Om omhändertagande har beslutats enligt 13 § första eller andra stycket, skall ansökan om tvångsvård ha kommit in till länsrätten inom en vecka från det länsrätten meddelade beslut att omhändertagandet skulle bestå. Har ansökan inte kommit in inom denna tid eller finner länsrätten att det inte längre finns skäl för omhändertagande, skall länsrätten upphäva beslutet om omhändertagande.

Ett beslut om omhändertagande upphör att gälla när rätten avgör frågan om vård enligt denna lag eller om den omhändertagne häktas.

19 § Socialnämnden skall se till att den som är omhändertagen enligt 13 § utan dröjsmål bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 24 § första stycket, på sjukhus.

Vårdtid

20 § Tvångsvården skall upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader (vårdtid). Vården skall anses påbörjad när missbrukaren på grund av beslut om omedelbart omhändertagande eller tvångsvård inställt sig vid eller förts till ett hem som avses i 22 § eller ett sjukhus. Vården upphör genom beslut om utskrivning enligt 25 §.

- 21 §** Som vårdtid räknas inte den tid då missbrukaren
1. olovligen vistas utanför ett hem som avses i 22 § eller
 2. är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt.

Vården

22 § Tvångsvård lämnas genom hem som drivs av landstingskommuner eller kommuner och som är särskilt avsedda att lämna vård enligt denna lag (LVM-hem). Ett sådant hem skall ledas av en styrelse.

Styrelsen förestår vården vid hemmet i den mån uppgiften inte har överlåtits på en särskild föreståndare.

23 § För missbrukare som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas LVM-hem som är anpassade för sådan tillsyn. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen beslutar vilka hem som skall vara sådana hem.

24 § Vården skall inledas på sjukhus, om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt.

Om någon behöver sjukhusvård under vårdtiden, skall han beredas tillfälle till sådan vård.

Överläkaren vid den sjukhusenhet där missbrukaren vårdas skall se till att socialnämnden eller den som förestår vården vid LVM-hemmet genast underrättas, om missbrukaren önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset. Överläkaren får besluta att missbrukaren skall hindras att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att missbrukaren kan föras över till ett LVM-hem.

25 § Om intagning i och om utskrivning från ett LVM-hem beslutar den som förestår vården vid hemmet.

Den som förestår vården vid ett LVM-hem får besluta att en intagen skall flyttas till ett annat LVM-hem, om det anses lämpligt från vårdsynpunkt och den som förestår vården vid det andra hemmet samtycker till överflyttningen.

26 § Den som förestår vården vid ett LVM-hem skall fortlöpande hålla socialnämnden underrättad om hur vården framskrider och samråda med nämnden i alla frågor av vikt. Före överflyttning till ett annat hem och före utskrivning skall samråd alltid ske.

27 § Den som förestår vården vid ett LVM-hem skall, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form.

Socialnämnden skall se till att sådan vård anordnas.

Om förutsättningar för vård i annan form inte längre föreligger, får den som förestår vården vid LVM-hemmet besluta att missbrukaren skall hämtas tillbaka till hemmet.

28 § Innan vård i annan form påbörjas skall socialnämnden, i samråd med den intagne och den som förestår vården vid LVM-hemmet, upprätta en plan för den fortsatta vården.

29 § Har en intagen vistats i ett LVM-hem i tre månader utan att vård i annan form kommit till stånd, skall föreståndaren anmäla detta till hemmets styrelse och ange orsaken till det.

30 § Socialnämnden skall aktivt verka för att den enskilde efter vårtdi-
den får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han får personligt
stöd eller behandling för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk.

Prop. 1987/88:147

Särskilda befogenheter

31 § Den som vårdas enligt denna lag i ett LVM-hem får inte inneha
alkoholhaltiga drycker, narkotika eller flyktiga lösningsmedel eller injek-
tionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att använ-
das för missbruk av eller annan befattningsmed narkotika. Han får inte
heller inneha något annat som kan vara till men för vården eller ordningen
vid hemmet. Påträffas sådan egendom som nu angetts, får den omhänder-
tas.

32 § Om det anses påkallat, får den som vårdas enligt denna lag
kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, när han kommer till
LVM-hemmet, för kontroll av att han inte bär på sig något som han inte får
inneha där. Detsamma gäller om det under vistelsen i hemmet uppkommer
misstanke att sådan egendom skall påträffas hos honom.

Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning får inte göras mer ingående
än vad ändamålet med åtgärden kräver. All den hänsyn som omständighe-
terna medger skall iaktas. Om möjligt skall ett vittne närvara.

33 § Bestämmelserna i 31 och 32 §§ skall gälla för alla som vårdas i ett
LVM-hem, om det är nödvändigt för att genomföra vården och upprätthå-
la ordningen vid hemmet och regeringen eller, efter regeringens bemyndi-
gande, socialstyrelsen medger det.

34 § Den som vårdas enligt denna lag i ett LVM-hem för särskilt nog-
grann tillsyn får hindras att lämna hemmet och i övrigt underkastas den
begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för att vården skall kunna
genomföras. Hans rörelsefrihet får också inskränkas när det behövs av
hänsyn till andra intagnas eller till personalens säkerhet.

35 § Försändelser till den som vårdas enligt denna lag i ett LVM-hem för
särskilt noggrann tillsyn får kontrolleras, om det behövs med hänsyn till
ordningen vid hemmet eller till den intagnes särskilda förhållanden. Om en
ankommande försändelse innehåller egendom som inte får innehållas enligt
31 §, får egendomen omhändertas.

36 § Har alkoholhaltiga drycker, narkotika eller flyktiga lösningsmedel
omhändertagits enligt 31 eller 35 § eller påträffats inom ett LVM-hem utan
att det finns någon känd ägare till dem, skall den som förestår vården vid
hemmet låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om
beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkän-
de av alkoholhaltiga drycker m.m. Belopp som erhålls vid försäljning
tillfaller staten.

Detsamma skall gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra
föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan
befattningsmed narkotika.

37 § Mål och ärenden enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.

38 § I mål om beredande av tvångsvård, där omhändertagande har beslutats enligt 13 § första eller andra stycket, skall länsrätten ta upp målet till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan om vård kom in eller, om beslutet om omhändertagande har fattats efter det att länsstyrelsen har ansökt om vård, inom en vecka från den dag då underställningen skedde. Om ett beslut om omedelbart omhändertagande inte är verkställt när det underställs eller om länsrätten har beslutat om omedelbart omhändertagande enligt 13 § tredje stycket, skall målet tas upp till avgörande inom en vecka från den dag då beslutet verkställdes.

Länsrätten får förlänga dessa tider, om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt.

39 § I mål om beredande av tvångsvård skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövt. I andra mål enligt denna lag prövar rätten om det finns skäl att hålla muntlig förhandling.

Om någon part begär muntlig förhandling, skall sådan hållas. Parterna skall upplysas om sin rätt att begära muntlig förhandling.

Om en enskild part som har kallats vid vite att inställa sig personligen till en förhandling uteblir, får rätten förordna att han skall hämtas till rätten antingen omedelbart eller till en senare dag.

40 § Vid handläggning i kammarrätt av andra mål enligt denna lag än mål om omedelbart omhändertagande skall nämndemän ingå i rätten.

41 § I mål och ärenden enligt denna lag får delgivning med den enskilde inte ske med tillämpning av 12 eller 15 § delgivningslagen (1970:428).

42 § Om offentligt biträde och annan rättshjälp i mål och ärenden enligt denna lag finns bestämmelser i rättshjälpslagen (1972:429).

43 § Beslut om omhändertagande enligt 13 § gäller omedelbart.

Beslut om överflyttning enligt 25 § andra stycket får förordnas att gälla omedelbart, om det behövs från vårdsynpunkt. Andra beslut av den som förestår vården vid ett LVM-hem gäller omedelbart.

Rätten får förordna att beslut som rätten har meddelat skall gälla omedelbart.

Bestämmelser om överklagande

44 § Beslut av den som förestår vården vid ett LVM-hem får överklagas av den enskilde hos länsrätten, om beslutet avser överflyttning enligt 25 §, avslag på begäran om utskrivning eller förstörande eller försäljning av egendom enligt 36 §.

Andra beslut enligt denna lag av den som förestår vården vid ett LVM-hem får inte överklagas.

Beslut om läkarundersökning enligt 10 § eller 11 § tredje stycket får inte överklagas.

Beslut om omhändertagande enligt 13 § första eller andra stycket får inte överklagas. Överklagande av rättsens beslut om omhändertagande enligt 13 § tredje stycket är inte inskränkt till viss tid.

45 § Polismyndigheten skall lämna biträde för att

1. på begäran av länsstyrelsen eller rätten föra en missbrukare till en beslutad läkarundersökning,

2. på begäran av socialnämnden föra den som skall beredas vård eller som är omedelbart omhändertagen enligt denna lag till ett LVM-hem eller sjukhus,

3. på begäran av överläkaren i fall som avses i 24 § tredje stycket föra den som skall beredas vård eller som är omedelbart omhändertagen enligt denna lag till ett LVM-hem, samt

4. på begäran av den som förestår vården vid ett LVM-hem efterforska, hämta eller förflytta någon som skall tas in i hemmet eller som vårdas där med stöd av denna lag.

Åtalsprövning

46 § Är någon som har beretts vård med stöd av denna lag misstänkt för brott, för vilket inte föreskrivs strängare straff än fängelse i ett år och som hör under allmänt åtal, samt har brottet begåtts innan vården påbörjades eller under vårdtiden, skall åklagaren pröva om åtal lämpligen bör ske. Styrelsen för det hem där den misstänkte vårdas eller, om vården har upphört, socialnämnden skall därvid höras om det inte är obehövt.

Övriga bestämmelser

47 § Med socialnämnden avses i denna lag socialnämnden i den kommun som enligt 3 § socialtjänstlagen (1980:620) har ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som han behöver. Att överflyttning av ärenden till en annan socialnämnd kan ske i vissa fall framgår av 72 § socialtjänstlagen.

Med länsstyrelsen avses i denna lag länsstyrelsen i det län, inom vilket den ansvariga kommunen är belägen.

Beslut om tvångsvård enligt 5 § och med anledning av omhändertagande enligt 13 § fattas av länsrätten i det län som anges i andra stycket. Den länsrätt som meddelade beslutet om vård beslutar också i frågor som avses i 44 § första stycket.

48 § Landstingskommunen eller kommunen får för ett LVM-hem antingen utse en särskild styrelse eller uppdra åt någon annan nämnd att vara styrelse. Två eller flera LVM-hem kan ha en gemensam styrelse.

Följande bestämmelser i 3 kap. kommunallagen (1977:179) gäller i tillämpliga delar i fråga om en särskild styrelse, nämligen

2 § om antalet ledamöter m. m.,

3 § första stycket om valbarhet m. m.,

4 § om rätt till ledighet från anställning,

5 § första stycket om mandattid,

5 § tredje stycket om verkan av ledamots avgång,

6 § om ordförande och vice ordförande,

7 § om tid och plats för sammanträde samt om närvarorätt vid sammanträde,

8 § om suppleants tjänstgöring m. m.,

9 § första stycket om beslutförhet,

10 § om beslutsförfarande och protokoll m. m.,

11 § om delgivning,

12 § om reglemente och delegation.

För Stockholms kommun gäller dock inte 3 kap. 5 § första stycket eller 6 § kommunallagen.

Prop. 1987/88: 147

Landstinget eller kommunfullmäktige får besluta att även andra än ledamöter eller suppleanter i styrelsen får närvara vid styrelsens sammanträden och delta i överläggningarna men ej i besluten samt få sin mening antecknad i protokollet.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1989, då lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall skall upphöra att gälla.

2. Den gamla lagen gäller dock fortfarande när ansökan om vård med stöd av den lagen har kommit in till länsrätten före den 1 januari 1989.

3. Har ett beslut fattats om omhändertagande enligt 8 § i den gamla lagen och har ansökan om vård inte kommit in till länsrätten före den 1 januari 1989, skall beslutet anses som ett beslut enligt 13 § i den nya lagen.

4. Om det i en lag eller i en författning som har beslutats av regeringen hänvisas till den gamla lagen, skall hänvisningen i stället avse denna lag. Hänvisas det till en föreskrift som har ersatts genom en föreskrift i denna lag, skall den nya föreskriften tillämpas.

Härigenom föreskrivs att 11, 47 och 49 §§ socialtjänstlagen (1980:620) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

11 §

Socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Insatser för barn och ungdom bör därvid ägnas särskild uppmärksamhet.

Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. Nämnden skall även stödja den enskilde missbrukaren och se till att han får den hjälp eller vård som behövs för att komma ifrån missbruket.

Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns.

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

47 §¹

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får ges åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller suppleanter i nämnden i ärenden som ankommer på nämnden enligt 2, 5, 6 och 8 a §§, 11 § första och andra styckena, 17 § tredje stycket samt 18 § lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får ges åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller suppleanter i nämnden i ärenden som ankommer på nämnden enligt 2, 5, 6 och 8 a §§, 11 § första och andra styckena, 17 § tredje stycket och 18 § lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt 13 § lagen (1988:000) om vård av missbrukare i vissa fall.

49 §

Om rätt att i vissa fall fatta beslut i socialnämndens ställe finns bestämmelser i 29 § första stycket och i lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Om rätt att i vissa fall fatta beslut i socialnämndens ställe finns bestämmelser i 29 § första stycket samt i lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:000) om vård av missbrukare i vissa fall.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1989.

¹ Med nuvarande lydelse avses den i prop. 1986/87:91 föreslagna lydelsen.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 11 februari 1988

Närvarande: statsministern Carlsson, ordförande, och statsråden Feldt, Sigurdson, Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, Peterson, Gradin, Dahl, R. Carlsson, Hellström, Johansson, Hulterström, G. Andersson, Lönnqvist, Thalén

Föredragande: statsrådet Sigurdson

Lagrådsremiss om tvångsvård av vuxna missbrukare, m. m.

1 Inledning

Socialberedningen tillsattes den 19 juni 1980 efter bemyndigande av regeringen den 29 maj 1980. Beredningen har under de gångna åren överlämnat följande delbetänkanden, (SOU 1981:7) LVM – lag om vård av missbrukare i vissa fall, (Ds S 1981:6) Åtgärder mot missbruk under graviditet, (Ds S 1981:7) Ändringar i lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, (Ds S 1983:16) Erfarenheter av LVM och vissa andra socialtjänstfrågor, (SOU 1984:64) Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten, (Ds S 1984:15) Socialtjänstens insatser för ungdomar. Vissa frågor i samband med missbruk och kriminalitet, (Ds S 1984:17) Rehabiliteringspenning till missbrukare – vissa avgiftsfrågor, (SOU 1986:19) Aktuella socialtjänstfrågor och (SOU 1986:20) Barns behov och föräldrars rätt. Socialtjänstens arbete med utsatta familjer.

Socialberedningen överlämnade i augusti 1987 betänkandet (SOU 1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget. (När betänkandet avlämnades ingick i beredningen som ledamöter departementsrådet Jakob Lindberg, ordförande, riksdagsledamöterna Per Arne Aglert, Göte Jonsson, Anita Persson och Evert Svensson, f. d. riksdagsledamoten Erik Larsson, landstingsrådet Ove Löfgren samt socionomen Kurt Sjöström.) Beredningen har som en av sina arbetsuppgifter haft att följa och utvärdera socialtjänstreformen. Ansvaret för denna allmänna uppföljning övergår nu till socialstyrelsen och socialberedningens arbete upphör. Socialstyrelsen skall därvid bl. a. överväga vilka förändringar av vårdinsatserna som erfordras för att utsatta grupper skall få sina behov bättre tillgodosedda. Regeringen har genom beslut den 14 januari 1988 preciserat socialstyrelsens uppdrag i detta avseende.

I betänkandet Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget läggs fram förslag till lagstiftning beträffande tvångsvård av vuxna missbrukare. I betänkandet redovisas också en rad överväganden och förslag som syftar till en förstärkning av i första hand socialtjänstens frivilliga insatser för de vuxna missbrukarna.

Beredningens sammanfattning av betänkandet och beredningens lagförslag bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 1* resp. 2.

Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna och en sammanställning av deras yttranden bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 3*.

Jag tar i det följande upp de lagförslag som lagts fram i betänkandet och de övriga frågor som rör vården av vuxna missbrukare och som behandlats i betänkandet. Först redovisar jag översiktligt bakgrunden till förslagen (avsnitt 2). Därefter presenterar jag mina närmare överväganden och förslag under två huvudrubriker, nämligen

- åtgärder för att förstärka den frivilliga missbrukarvården (avsnitt 3) och
- en reviderad tvångsvårdslag för vuxna missbrukare (avsnitt 4).

2 Bakgrund

2.1 Missbrukets omfattning och utveckling

Socialberedningen konstaterar att det tunga missbruket totalt sett har ökat under de senaste decennierna.

Enligt en grov uppskattning uppgår antalet tunga alkoholmissbrukare, dvs. personer som förenar ett omfattande missbruk med en socialt utsatt situation, till mellan 50 000 och 100 000. Till bilden hör också att det numera finns fler yngre och kvinnor bland de tunga alkoholmissbrukarna. En särskilt utsatt grupp utgörs av de missbrukare som förtär teknisk sprit och s. k. alkoholhaltiga preparat. Det finns tecken på att missbruk av sådana preparat har ökat under senare år även om det är svårt att dra några säkra slutsatser om utvecklingen.

Tillgängliga data talar för att det inte skett några markanta förändringar i fråga om det tunga missbruket av narkotika, även om det sannolikt ligger på en något högre nivå i dag än i slutet av 1970-talet. Då bedömdes antalet personer med ett tungt narkotikamissbruk uppgå till mellan 10 000 och 14 000. Med tungt narkotikamissbruk avses allt injektionsmissbruk och allt dagligt eller så gott som dagligt icke-medicinskt bruk av narkotika.

Härtill kommer missbruket av flyktiga läsningsmedel. Bland vuxna har även detta slag av missbruk blivit vanligare, även om problemet fortfarande är begränsat jämfört med annat missbruk.

Utvecklingen kännetecknas också av att de tidigare gränserna mellan de olika missbrukargrupperna har luckrats upp. Blandmissbruk av alkohol och narkotika är betydande och är av allt att döma ökande särskilt bland de yngre missbrukarna. Därtill kommer att missbruk av receptbelagda läkemedel, såsom sömnmedel och lugnande medel, tycks ha blivit vanligare bland både alkohol- och narkotikamissbrukare.

2.2 Missbrukarnas levnadsförhållanden

Socialberedningen fäster uppmärksamheten på den påtagliga försämring som skett i fråga om de tunga alkoholmissbrukarnas levnadsförhållanden under de senaste decennierna.

Ett mått på detta är den alkoholrelaterade dödligheten. Man brukar

räkna med att den alkoholrelaterade dödligheten svarar för mellan 5 000 och 10 000 dödsfall per år i Sverige. Alkoholmissbruk är en av de vanligaste orsakerna till för tidig död bland vuxna män.

De undersökningar som beredningen redovisar tyder på att överdödligheten bland de tunga alkoholmissbrukarna ökat kraftigt under efterkrigstiden. Undersökningarna avser missbrukare i kontakt med nykterhetsvården. På 1940-talet förelåg mycket små skillnader i dödlighet mellan alkoholmissbrukarna och normalbefolkningen. Dödligheten bland de tunga alkoholmissbrukarna har därefter ökat dramatiskt för att i början av 1980-talet vara omkring sju gånger så hög som normalbefolkningens. Överdödligheten är ännu högre bland de yngre alkoholmissbrukarna. Det är sannolikt att en tidig missbruksdebut allvarligt ökar risken för död i förtid.

Det finns i sammanhanget skäl att påpeka att utvecklingen i fråga om den alkoholrelaterade dödligheten under det senaste decenniet kan vara svårtolkad eftersom den inte är entydig.

Antalet dödsfall i den mest kända alkoholrelaterade sjukdomen, levercirrhos, har minskat markant sedan mitten av 1970-talet. Denna minskning brukar förklaras med den minskning av den totala alkoholkonsumtionen som skett under samma tidsperiod.

Levercirrhos är i allmänhet ett resultat av långvarig hög alkoholkonsumtion och är en sjukdom som drabbar också missbrukare som lever under socialt relativt välordnade förhållanden. Utvecklingen i fråga om alkoholrelaterade dödsfall till följd av sjukdomar som brukar drabba mer socialt utslagna missbrukare, alkoholförgiftning och alkoholism/alkoholpsykos, är emellertid den rakt motsatta.

Även om alkoholkonsumtionen allmänt sett har minskat, tyder dessa uppgifter på en fortsatt hög alkoholkonsumtion bland de socialt utslagna missbrukargrupperna.

Dödligheten bland narkotikamissbrukarna är endast ofullständigt kartlagd. De undersökningar som gjorts visar ändå klart att en betydande överdödlighet förekommer och att den sannolikt ligger ännu högre än vad som är fallet vid alkoholmissbruk. Injektionsmissbrukarna utsätter sig för särskilt stora risker att drabbas av allvarliga sjukdomar och för tidig död. Vissa studier pekar på att dödligheten är mellan 10 och 15 gånger högre bland de intravenösa narkotikamissbrukarna än bland motsvarande åldersgrupper i normalbefolkningen. Narkotikamissbrukarnas livsvillkor tycks ha hårdnat under det senaste decenniet. Kriminaliteten inom gruppen har fördjupats, sjukligheten har ökat och allt fler av de kvinnliga narkotikamissbrukarna prostituerar sig. Till det kommer HIV-epidemin som fått en mycket snabb spridning främst bland heroinmissbrukarna i Stockholmsområdet. En nyligen genomförd epidemiologisk undersökning vid allmänna häktet i Stockholm visar att drygt 60 % av de undersökta heroinmissbrukarna nu är HIV-positiva.

De tunga missbrukarnas levnadsförhållanden har försämrats även i andra avseenden. Beredningen pekar bland annat på att de tunga missbrukarna i stigande utsträckning har slagits ut från arbetsmarknaden. I slutet av 1960-talet hade en majoritet av nykterhetsvårdens klienter arbete på den öppna arbetsmarknaden och lön som huvudsaklig inkomstkälla. Nu-

mera spelar förvärvsarbete en helt underordnad roll som inkomstkälla för de missbrukare som är aktuella inom socialtjänsten. Flertalet får sin försörjning genom pension eller socialbidrag.

De tunga missbrukarnas boendesituation har också försämrats under de senaste åren efter en förbättring under 1970-talet. Antalet bostadslösa missbrukare i de tre största städerna uppskattades våren 1987 till omkring 5 000. Som bostadslösa räknades också de som hade ett tillfälligt boende eller återfanns inom de särskilda boendeenheter för bostadslösa.

2.3 Socialtjänstens insatser

Socialberedningen konstaterar att de största bristerna inom missbrukarvården finns inom den öppna vården. Problemen är av olika slag; insatserna är ofta dåligt samordnade, oplanerade och utan kontinuitet. Detta framstår som utomordentligt allvarligt mot bakgrund av att behandlingsforskningen tyder på att behandling av tunga missbrukare inte framgångsrikt kan bedrivas i form av tillfälliga insatser av kort varaktighet. Allt talar för att utsikterna att åstadkomma viktiga positiva förändringar i missbrukarnas liv är större om man inom den öppna vården bygger upp former för långsiktigt stödjande insatser.

När det gäller narkotikamissbrukarna visar data från behandlingsforskningen entydigt att vårdinsatserna ofta kommer in relativt sent i den s.k. missbrukskarriären. Det tar ofta flera år från debuten i intravenöst missbruk till den första vårdkontakten. Vårdinsatserna tenderar, när de väl kommer till stånd, att bli relativt tillfälliga och kortvariga episoder i en tillvaro som i övrigt präglas av missbruk och kriminalitet. I de fall missbrukaren lämnat missbruket bakom sig har vägen mot missbruksfrihet i allmänhet gått via flera vårdtillfällen och varit kantad av återfall i missbruk och kriminalitet.

Mönstret i fråga om de yngre alkoholmissbrukarnas vårdkontakter förefaller av allt att döma vara likartat. Socialtjänsten når ofta inte de yngre alkoholmissbrukarna innan de hunnit bli socialt och fysiskt nedgångna till följd av missbruket.

Beredningens inställning i fråga om socialtjänstens insatser för missbrukarna är således kritisk. Kritiken riktar sig emellertid inte mot enskilda socialarbetare som ofta utför ett engagerat arbete. Den rör mer allmänna brister i socialtjänstens organisation, metoder och förhållningssätt. Kritiken gäller inte heller generellt. I många kommuner arbetar man nu mera aktivt och målmedvetet än vad man gjorde för bara några år sedan. Inte minst inom delar av narkomanvården är denna tendens tydlig, men på många håll görs också betydelsefulla insatser för alkoholmissbrukarna.

Förutsättningarna för socialtjänstens missbrukarvård har förändrats i grundläggande hänseenden under de senaste decennierna: organisatoriskt genom att nykterhetsvårdsarbetet integrerades med barnavårds- och socialhjälsarbetet under 1960- och 1970-talen och på 1980-talet genom socialtjänstreformen.

Under samma period har den sektor inom den kommunala socialvården som är inriktad på s.k. individ- och familjecomsorg expanderat kraftigt.

Expansionen har fortsatt under de år socialtjänstlagen (1980:620) varit i kraft. Antalet socialsekreterare inom individ- och familjeomsorgsområdet uppgick till 4 093 (omräknat till helårsbefattningar) år 1982. År 1986 hade antalet ökat till 5 215, dvs. en ökning med ca 25 %.

Dessa förändringar tycks emellertid inte ha gynnat metodutvecklingen inom missbrukarvården. Beredningen framhåller bl. a. att utrymmet för och kompetensen i arbetet med de tunga missbrukarna har minskat. Andra områden inom individ- och familjeomsorgen har krävt resurser i sådan omfattning att framför allt insatserna för de tunga alkoholmissbrukarna har fått stå tillbaka.

Det nya system för statsbidrag till missbrukarvård och vissa delar av ungdomsvården, som gäller från år 1986, tycks inte heller ha bidragit till förstärkta vårdinsatser för de tunga alkoholmissbrukarna. Platsantalet vid de behandlingshem som vänder sig till dessa missbrukare har minskat kraftigt. Mycket tyder enligt beredningen på att öppenvårdsalternativen inte växer fram i samma takt som institutionerna avvecklas. Tendensen är att narkotikamissbrukarna och de mer socialt välintegrerade alkoholmissbrukarna ges en starkare prioritet vid fördelningen av resurserna. Den ökade satsningen på vårdresurser för dessa missbrukargrupper är positiva inslag i utvecklingen. Samtidigt finns en uppenbar risk att detta kan leda till en nedrustning av vårdmöjligheterna för de tyngsta alkoholmissbrukarna.

2.4 Slutsatser

Den redovisning som socialberedningen lämnar om missbrukets utveckling och missbrukarnas levnadsförhållanden under de senaste decennierna är enligt min mening djupt oroande. Remissutfallet visar också att en överväldigande majoritet av de remissinstanser som uttalat sig om utvecklingen anser att beredningens redovisning i allt väsentligt överensstämmer med erfarenheter från fältet.

Det är självfallet svårt att ange vilka faktorer som ligger bakom denna utveckling. Som socialberedningen och flera remissinstanser påpekar torde inte minst de ökade kraven på arbetsmarknaden vara en viktigare delförklaring än det förhållandet att förutsättningarna för socialtjänstens missbrukarvård har förändrats i olika avseenden. Även om det således kan sägas att missbrukarvården endast i begränsad utsträckning råder över de förhållanden som kan vända utvecklingen, är den mycket allvarliga situationen för de tunga missbrukarna ett utomordentligt starkt motiv för ett aktivare förhållningssätt inom socialtjänsten. Enligt min mening måste åtgärder som kan motverka social utslagning och förbättra levnadsförhållandena för den som blivit utslagen ges en ökad prioritet inom socialtjänsten.

Grundlinjen bör självfallet även i fortsättningen vara frivillighet. Jag anser, i likhet med socialberedningen och flertalet remissinstanser, att socialnämndens ansvar för att missbrukare får erforderlig vård bör förtydligas i socialtjänstlagen. Det är vidare angeläget att bibehålla och förstärka olika former av specialresurser inom den öppna socialtjänsten för arbetet

med missbrukare. Jag återkommer till dessa och andra frågor som rör den frivilliga missbrukarvården.

Prop. 1987/88:147

Principen att tvångsvård inte skall kunna komma i fråga om vårdbehoven kan tillgodoses genom frivilliga insatser är i sig självklar. Många tunga missbrukare avvisar emellertid alla erbjudanden om vård i frivilliga former. Då handlar det följaktligen inte om ett val mellan tvångsvård och frivillig vård utan mellan tvångsvård och ingen vård alls, dvs. som regel ett fortsatt tungt missbruk med de risker i olika avseenden som detta innebär.

Remissbehandlingen visar att det råder stor enighet om att tvångsvård är motiverad i vissa situationer, när behövlig vård inte kan ges på annat sätt. Däremot finns det skilda uppfattningar om hur lagen bör utformas, bl. a. i fråga om vilka grupper av missbrukare som bör kunna bli aktuella för tvångsvård och vilka vårdtider som lagen bör medge.

Själv anser jag, i likhet med socialberedningen och flertalet remissinstanser, att situationen för de tunga missbrukarna är så allvarlig att den motiverar en utvidgad användning av tvångsvård, främst när det gäller missbrukare i åldrarna närmast över 20 år. Det är i dessa åldrar som missbruket fördjupas och befästs. För en del av dessa unga missbrukare är tvångsvård det enda alternativet till total utslagning och för tidig död. Jag skall i det följande gå in på mina förslag till ändrad lagstiftning.

3 Åtgärder för att förstärka den frivilliga missbrukarvården

3.1 Socialnämndens ansvar förtydligas

Mitt förslag: I 11 § socialtjänstlagen (1980:620) görs ett förtydligande tillägg som innebär att socialnämndens ansvar för att missbrukare får erforderlig hjälp och vård betonas. I bestämmelsen klargörs också att vården skall planeras och att socialnämnden noga skall följa den planerade vården.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt (betänkandet s. 195–199).

Remissinstanserna: Med undantag för en remissinstans tillstyrker samtliga som uttalat sig i frågan beredningens förslag.

Skälen för mitt förslag: En av hörnstenarna i socialtjänstreformen är principen att ett enda samhällsorgan, kommunen, har det yttersta ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som han behöver.

Frivillighet och självbestämmande utgör andra centrala utgångspunkter för socialtjänstens verksamhet. I socialtjänstpropositionen (prop. 1979/80:1, del A s. 138) framhölls bl. a. att socialtjänsten inte får ges till uppgift att ta över ansvaret för enskilda människors handlingar och livsföring. Vad socialtjänsten bör göra är att förstärka och komplettera människors egna resurser. Det framhölls (s. 135) att socialtjänsten skall utformas som en servicebetonad samhällstjänst. Socialtjänsten skall vara tjänstvil-

lig, uppmärksam och angelägen att människor söker råd och hjälp så snart de behöver det. Den sökande skall behandlas som en jämställd med eget ansvar och med rätt att kräva respekt för sina åsikter och synpunkter.

Dessa principer gäller såväl i fråga om missbrukare som andra människor som behöver socialtjänstens insatser. Vidare framhölls i socialtjänstpropositionen (prop. del C s. 58) att det är en viktig utgångspunkt att vård och behandling av missbrukare i första hand bygger på att missbrukaren själv önskar hjälp och bistånd. Socialtjänsten bör präglas av en erbjudande attityd där insatserna syftar till att frigöra och förstärka individens egna resurser att aktivt påverka och bearbeta sin situation. För att detta betraktelsesätt skall få ett innehåll krävs att man har meningsfulla hjälp- och stödåtgärder att erbjuda och en väl underbyggd metodik. Föredragande departementschefen var emellertid inte beredd att ta in särskilda regler om kommunens ansvar för missbrukarvården i socialtjänstlagen eftersom det ansågs strida mot dess karaktär av ramlagstiftning.

Socialutskottet (SoU 1979/80:44 s. 56) ansåg emellertid att lagen måste preciseras i detta avseende. Som följd härav kom socialnämndens särskilda åligganden inom missbruksområdet att anges i 11 § socialtjänstlagen. Socialnämnden har enligt den bestämmelsen ett särskilt ansvar både för insatser i syfte att förebygga missbruk och för insatser åt den som till följd av missbruket har behov av hjälp eller vård. Insatserna för att förhindra att barn och ungdomar hamnar i missbruk har ansetts så viktiga att de omnämnts särskilt i lagtexten. Av föreskriften om skyldigheten att lämna den enskilde missbrukaren stöd och den hjälp eller vård som behövs följer att nämnden måste bedriva en aktiv verksamhet för att nå och hjälpa den som har missbruksproblem även om han inte själv begärt något stöd.

Det ligger i sakens natur att socialtjänstens omfattande ansvar enligt 11 § socialtjänstlagen ibland kan vara svårförenligt med principerna om frivillighet och självbestämmande för den enskilde. Det kan t. ex. vara svårt att avgöra hur långt socialtjänstens ansvar sträcker sig i situationer där en missbrukare inte själv söker hjälp eller avvisar socialtjänstens erbjudanden. I den praktiska tillämpningen tycks också tolkningsproblem ha uppstått. Socialberedningen pekar bl. a. på att socialtjänsten inte sällan möter missbrukarnas behov av stöd och vård på ett passivt sätt, vilket kan tyda på att socialnämnderna på vissa håll är oklara över sitt ansvar enligt socialtjänstlagen.

Jag har mot den bakgrunden, i likhet med socialberedningen och flertalet remissinstanser, funnit att det föreligger ett behov av att i lagstiftningen ytterligare precisera socialnämndens ansvar för att missbrukare får erforderlig vård. Jag skall närmare utveckla vad jag anser bör förtydligas beträffande socialnämndernas arbetssätt i det aktuella hänseendet.

Socialtjänstlagen och dess förarbeten genomsyras av tanken att socialtjänsten måste visa respekt för klienten, hans behov och hans integritet. Det är viktigt att slå vakt om detta synsätt, som skarpt kontrasterar mot en äldre tids förmyndaraktiga och ofta nedlåtande moraliserande hållning gentemot klienterna. Att socialtjänsten skall visa respekt för klienten innebär dock självfallet inte att man också i alla lägen skall respektera hans beteenden, t. ex. ett så djupt självdestruktivt beteende som ett tungt missbruk innebär.

De erfarenheter och kartläggningar som utförligt refereras av socialberedningen visar att många av de tunga missbrukarna inte frivilligt söker hjälp för sitt missbruk. Stora grupper av dem är dåligt motiverade för att bearbeta sina problem i frivilliga former. När de söker samhällets hjälp gäller det ofta enbart hjälp för missbrukets konsekvenser, dvs. främst akut sjukvård eller hjälp med ekonomiska problem.

Det är samtidigt viktigt att inte beskriva de tunga missbrukarnas bristande motivation för förändring i alltför kategoriska ordalag. Det är sant att många inte frivilligt söker vård för sitt missbruk. I beskrivningar av denna missbrukargrupp återkommer dock ofta att de flesta av dem, om inte alla, samtidigt bär på en vilja att komma ifrån missbruket. Många lever i en ständig, stark ambivalens inför sitt eget missbruk men saknar samtidigt tilltro till sin förmåga att ta sig ur det.

Det är mot bakgrund av dessa insikter som socialtjänstens insatser för de tunga missbrukarna måste utformas. Om socialtjänsten intar en uteslutande erbjudande attityd i den meningen att socialarbetarna passivt inväntar att missbrukaren själv söker hjälp för sitt missbruk, riskerar man att lämna dessa människor åt deras öde, eftersom många av dem aldrig kommer att söka hjälp, hur hjälpbehövande de än i verkligheten är. Socialtjänsten får därför aldrig passivt invänta att motivationen för förändring skall inställa sig hos missbrukaren. Det krävs aktiva insatser i form av uppsökande verksamhet, förnyade kontakter med dem som avvisat erbjudanden om behandling och ett målmedvetet motivationsarbete. Det bör också ingå som en naturlig del av socialtjänstens behandlingsarbete att man arbetar tillsammans med familj, andra anhöriga och klientens sociala nätverk i övrigt.

Det bör särskilt understrykas att unga missbrukare inte får lämnas i fred med sitt missbruk. De yngre missbrukarna har i regel ännu inte fått några omfattande medicinska skador av missbruket men är på väg ut ur alla viktiga sociala sammanhang som utbildningsväsende, arbetsmarknad och normala mänskliga relationer. Om socialtjänsten intar en passivt erbjudande attityd mot dessa unga missbrukare, riskerar deras sociala situation att helt raseras.

Socialberedningen konstaterar att arbetet med att bedöma ekonomiska hjälpbehov och betala ut socialbidrag inte sällan dominerar socialtjänstens kontakter med missbrukarna. Missbruksproblemen tenderar att komma i skymundan. Särskilt allvarligt är det att de yngre missbrukarnas problem ofta inte uppmärksammas.

I sammanhanget finns det skäl att fästa uppmärksamheten på att flera undersökningar, som beredningen refererar till i betänkandet, visar att långt ifrån alla yngre missbrukare redan från början har stått utanför den öppna arbetsmarknaden. De flesta förefaller att ha kommit igång med arbete efter avslutad utbildning och har alltså haft en viss, låt vara marginell, anknytning till arbetslivet. Dessa uppgifter innebär en viktig nyansering när det gäller bilden av de yngre missbrukarnas ställning på arbetsmarknaden. De antyder att deras främsta problem inte är att komma in på arbetsmarknaden utan snarare att behålla sina arbeten. Detta bekräftas av arbetsmarknadsstyrelsen. Styrelsen hänvisar i sitt remissvar till en rapport

(AMS V 1987:2) i vilken konstateras att möjligheterna att få arbete för sökande med missbruks- och sociala problem inte är så dystra som det ibland hävdas. Däremot visar erfarenheterna att det är ett stort problem för många missbrukare att bli kvar på arbetsmarknaden.

Det är därför nödvändigt att i socialbyråarbetet söka finna arbetsformer och metoder som gör det möjligt att både identifiera och arbeta med klienternas missbruksproblem. Rätten till ekonomiskt bistånd är inte generell utan beroende av en individuell prövning. Denna prövning bör grunda sig på en noggrann bedömning av de omständigheter som föranlett biståndsbehovet. De grundläggande reglerna om rätten till bistånd gäller naturligtvis för dem som har missbruksproblem, liksom för andra hjälpsökande. Det innebär bl. a. att den som kan försörja sig genom arbete i första hand skall tillgodose sina behov på det sättet. Att t. ex. passivt betala ut socialbidrag till en klient som riskerar att glida allt längre ut ur arbetslivet och in i ett missbruk är inte förenligt med socialtjänstens mål. Enligt 6 § socialtjänstlagen skall biståndet utformas så att det stärker den enskildes resurser att leva ett självständigt liv. Det innebär t. ex. att socialtjänsten skall verka för att orsakerna till bidragsbehovet undanröjs, t. ex. genom att stödja den enskilde så att han kan få och behålla ett arbete. Finns det förutsättningar för klienten att försörja sig genom arbete, måste det således styra socialtjänstens insatser vid bedömningen av biståndsbehovet. Det är viktigt att socialtjänsten har god kontakt med arbetsförmedlingen och i samarbete med förmedlingen och den enskilde försöker finna rätt form av hjälp. Socialtjänsten får inte bidra till att klientens anknytning till arbetsmarknaden försvagas.

I många situationer är missbruksproblemen så allvarliga att den enskilde inte kan försörja sig genom arbete. Socialbidrag är visserligen en av de former för stöd som kan komma i fråga i sådana situationer. Socialtjänsten kan emellertid inte begränsa sina insatser till att trygga missbrukarens försörjning utan måste tillförsäkra honom det stöd och den behandling som behövs för att ge honom realistiska möjligheter att förbättra sin livssituation. Är det fråga om de allvarliga situationer som avses i lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, ställs det särskilt stora krav på socialtjänsten att försöka få till stånd behandlings- och andra stödinsatser. Om missbrukaren kan motiveras till frivillig behandling, är det nödvändigt att en behandlingsplan görs upp i samråd med honom. Om han avbryter planen, måste socialtjänsten reagera och aktivt söka motivera honom till ett nytt behandlingsförsök. Det är viktigt att missbrukaren själv får välja mellan olika behandlingsalternativ. I frivilligheten kan emellertid inte ligga något fritt val att fortsätta med ett missbruk som riskerar att föröda den enskildes liv och hälsa. Om missbrukaren inte vill medverka i behandling eller inte fullföljer den planerade vården, återstår bara att undersöka om förutsättningar för tvångsvård föreligger.

Jag anser att det nu förordade förhållningssättet måste få starkare genomslag i socialtjänstens arbete med missbrukarna än vad det ofta har i dag. Det finns därför behov av att i lagstiftningen ytterligare klargöra socialnämndens ansvar för att söka upp och kontinuerligt följa en missbrukare med stöd- och behandlingsinsatser. I detta syfte bör 11 § socialtjänst-

lagen förtydligas. Genom ett tillägg bör socialnämndens ansvar för att missbrukare får erforderlig vård lyftas fram särskilt. I bestämmelsen bör också klargöras att vården måste planeras och att socialnämnden noga skall följa den planerade vården.

Jag vill i detta sammanhang betona att det är angeläget att socialtjänstens missbrukarvård, oberoende av om den ges i frivilliga former eller med stöd av LVM, får en långsiktig stödjande inriktning. Det krävs, som socialberedningen påpekar, en inriktning av det sociala arbetet som gör det möjligt att se den kontinuerliga och långsiktiga relationen som ett viktigt arbetsinstrument. Strävan bör vara att få till stånd samordnade och planerade insatser och undvika att klienten roterar mellan olika vårdenheter på ett planlöst och destruktivt sätt. En sådan inriktning av arbetet förutsätter att den instans som har huvudansvaret för den långsiktiga kontakten med missbrukaren fungerar som samordnare i den kedja av vårdorgan och myndigheter som han kan ha kontakt med. Socialnämnden bör följa missbrukaren under hela behandlingsförloppet oavsett var i vårdssystemet han för tillfället befinner sig. Inte minst viktigt är det att institutionsvistelser följs upp genom väl planerade insatser i den öppna vården. Socialtjänsten har ansvaret för förberedelser inför, kontakten under och uppföljningen av insatserna efter institutionsvistelsen, även om det omedelbara behandlingsansvaret ligger på institutionsledningen under den tid klienten vårdas där. En liknande ansvarsfördelning bör eftersträvas när klienten bereds akut- eller avgiftningsvård inom sjukvården eller är intagen på en kriminalvårdsanstalt.

Slutligen vill jag understryka vikten av en nära samverkan mellan socialtjänsten och de rättsvårdande myndigheterna. Genom en sådan samverkan med framför allt polis och kriminalvård kan socialtjänsten nå missbrukarna med erbjudanden om stöd och behandling i tidigare skeden. Detta är framför allt viktigt när det gäller unga missbrukare.

3.2 Behovet av specialisering

Min bedömning: Det är angeläget att behålla och förstärka olika former av specialresurser inom den öppna socialtjänsten för arbetet med de tunga missbrukarna. Frågan om hur specialkompetens hos såväl socialarbetare som politiskt förtroendevalda skall kunna behållas och vidareutvecklas inom socialtjänsten bör beaktas vid ställningstaganden till förändringar av den kommunala organisationen.

Socialberedningens bedömning: Överensstämmer med min (betänkandet s. 132–134 och s. 220–224).

Remissinstanserna: Socialberedningens bedömning delas eller lämnas utan erinran.

Skälen för min bedömning

Socialtjänstens arbete med missbrukare

En av de centrala principerna i socialtjänstreformen är att arbetet skall utgå från en helhetssyn på sociala problem. I detta ligger enligt förarbetena

till socialtjänstlagen att de individuella problemen bör analyseras utifrån ett helhetsperspektiv där alla faktorer som har betydelse för problemets uppkomst sätts in i sitt sammanhang. I begreppet inryms också en handlingsaspekt. Strävan bör vara att åstadkomma samlade lösningar på klientens problem. Socialtjänsten bör på ett flexibelt sätt använda sina egna resurser och även samordna sina insatser med andra samhällsorgan.

Helhetssynen kan således sägas vara ett förhållningssätt i socialt arbete. Men begreppet har också fått återverkningar på det sociala arbetets organisation. Det har kommit att uppfattas som ett stöd för en avspecialisering av socialtjänstens individinriktade arbete.

Avspecialiseringen påbörjades dock redan under 1960-talet. Den nya organisationen växte fram som ett resultat av att man började ifrågasätta att olika uttryck för sociala problem skulle behandlas av olika socialarbetare och hänföras till olika nämnder. Det första steget mot en integrerad socialtjänst togs när många kommuner under 1960-talet övergick till den s. k. familjevårdsprincipen. En allmän strävan alltsedan familjevårdsprincipen slog igenom i det sociala arbetet har varit att utveckla en organisation och ett arbetssätt, där socialsekreterarna har breda kunskaper och kan möta alla problem inom individ- och familjeområdet. Den nya organisationen fick ytterligare stöd genom lagen (1970:296) om social centralnämnd m. m., som gjorde det möjligt att integrera de olika sociala nämnderna.

Socialtjänstreformen innebär en vidgning av socialvårdens arbetsfält. De individ- och familjeinriktade insatserna skulle kompletteras med allmänt inriktade och strukturinriktade insatser. Detta kom också att bli motiv för en decentraliserad och integrerad arbetsorganisation. Genom en geografisk avgränsning av arbetet skulle man ge socialarbetarna möjlighet att erhålla en områdeskunskap som kunde användas i det strukturinriktade arbetet.

1970-talet kan sägas ha varit integrationens årtionde. Utvecklingen under 1980-talet är inte lika entydig. Den kännetecknas av två helt motsatta utvecklingslinjer.

Den ena innebär en långtgående decentralisering och integrering av verksamheten. Längst i den riktningen går de kommuner som organiserar den kommunala verksamheten i kommunaldelsnämnder. Bakom denna utveckling ligger bl. a. ambitionen att förstärka den kommunala demokratin.

Den andra utvecklingslinjen innebär en strävan efter att, inom ramen för en i övrigt integrerad socialtjänstorganisation, hitta former för en specialisering av arbetet för de uppgifter som kräver särskild kompetens eller är så lågfrekventa att ett jämförelsevis stort befolkningsunderlag krävs för verksamheten.

Till bilden hör emellertid att långt ifrån alla delar av missbrukarvården berördes av integreringen. Under efterkrigstiden hade kommunala alkoholpolikliniker vuxit fram. Dessa har funnits kvar och fortsatt att öka i antal även under 1970- och 1980-talen. I dag finns omkring 160 kommunala alkoholpolikliniker.

Under samma tid som den kommunala nykterhetsvården integrerats, har den specialiserade narkomanvården byggts upp. I många kommuner finns i dag särskilda öppenvårdsenheter för narkotikamissbrukare, s. k. narkomanvårdsbaser.

HIV-epidemin bland narkotikamissbrukarna har bidragit till att intresset för denna vårdform ökat under senare tid. Kommunernas möjligheter att erhålla statliga utvecklingsbidrag till sådan verksamhet genom de medel som riksdagen har anslagit för insatser mot AIDS har också haft stor betydelse för utvecklingen.

Av de 28 kommuner som redan tidigare hade en specialiserad öppenvård för narkotikamissbrukare har 15 förstärkt den med ytterligare tjänster. Vidare har 20 kommuner inrättat nya narkomanvårdsbaser. Kompetens och resurser för narkomanvård byggs nu också upp i mindre och medelstora kommuner genom s. k. länsprojekt. Dessa innebär att kommuner i en region samordnar sina insatser med varandra eller med en narkomanvårdsbas i en större kommun i regionen. Sammanlagt har 22 sådana projekt påbörjats. Den största utbyggnaden har dock skett i de tre storstadsområdena. I Stockholms stad inrättas nu nya narkomanvårdsbaser i samtliga 18 socialdistrikt. Resurserna för öppen narkomanvård i Göteborg och Malmö har också utökats väsentligt.

Institutionsvården är också en specialiserad resurs inom socialtjänsten. Institutioner som arbetar med missbrukare har också ökat i antal. I dag finns omkring 250 behandlingshem för vuxna alkohol- och narkotikamissbrukare med sammanlagt ca 4 200 platser.

Frågan om lämpligheten av särskilda vådarrangemang för missbrukare var omdiskuterad under de år socialtjänstreformen förbereddes. Starka skäl anfördes såväl för som mot särskilda vårdenheter. Den officiella hållningen var att kategorivård hade sådana uppenbara nackdelar att målet på sikt borde vara en helt integrerad vård, utan särlösningar för olika s. k. symtomgrupper.

Numera betraktas såväl alkoholpolikliniker och narkomanvårdsbaser som behandlingshem för missbrukare som betydelsefulla och nödvändiga resurser i socialtjänstens missbrukarvård. Få – om ens någon – ser numera sådana specialenheter som en övergångslösning i avvaktan på att man finner modeller för integrerade vådarrangemang. Utvecklingen under senare år har snarare inneburit att allt fler kommuner inrättat specialiserade enheter för missbrukarvård vid sidan av alkoholpolikliniker och narkomanvårdsbaser. S. k. basstationer, dagcentraler, stödverksamhet inom hemtjänsten, projektverksamhet av olika slag och specialiserade behandlingsgrupper på socialbyråerna har kommit att bli viktiga resurser inom missbrukarvården.

Jag anser, i likhet med socialberedningen, att erfarenheterna visar att det är svårt att tillgodose de tunga missbrukarnas vårdbehov inom ramen för en helt integrerad socialtjänstorganisation. Dessa svårigheter accentueras enligt min mening vid en långtgående decentralisering av verksamheten. Det finns många goda skäl för en ökad decentralisering men risken är samtidigt att den speciella kompetens som måste finnas inom socialtjänsten för människor med behov av särskilda insatser urholkas. Det är därför av stor vikt att frågan om hur de mest utsatta gruppernas behov av stöd och vård skall kunna tillgodoses beaktas vid ställningstaganden som rör förändringar av socialtjänstens organisation.

Det bör understrykas att arbetet med missbrukare är en av socialtjänst-

ens tyngsta och mest krävande uppgifter. God utbildning och hög kompetens i kombination med ett starkt personligt engagemang och inlevelseförmåga är avgörande för möjligheterna till framgång i behandlingsarbetet. Den integrering av socialtjänsten som innebär att en enskild socialarbetare förväntas kunna handlägga alla förekommande arbetsuppgifter inom individ- och familjeomsorgen skapar enligt min mening orimliga krav och har troligen bidragit till de brister i den öppna missbrukarvården som beredningen redovisar i betänkandet. Det är, som beredningen framhåller, en uppenbar konflikt mellan kravet på breda kunskaper å ena sidan och kravet på en mer specialiserad kompetens för behandlingsarbete med missbrukare och andra särskilt utsatta grupper å den andra. Remissutfallet i denna fråga visar också att det är en allmän uppfattning att det är svårt att upprätthålla en sådan kompetens inom ramen för helt integrerade arbetsformer.

Ett principiellt argument mot specialresurser för missbrukare och andra grupper med särskilda behov brukar vara att de innebär ett brott mot helhetssynen. Enligt min mening är det en självklar utgångspunkt att socialtjänsten bör se till individens totala situation och inte enbart intressera sig för t.ex. hans missbruk. Specialiseringen kan emellertid skapa gynnsammare förutsättningar för ett arbetssätt baserat på helhetssynen. Specialiseringen ger utrymme för tätare och djupare kontakter med klienterna vilket möjliggör helhetsanalyser och en så bred kunskap om olika vårdformer och andra resurser att det blir realistiskt att tala om helhetsinsatser. En specialiserad arbetsorganisation behöver således inte vara ett brott mot helhetssynen när det gäller det väsentliga, nämligen behandlingsinnehållet, även om den kan sägas vara det i organisatorisk mening.

Jag anser mot den bakgrunden, i likhet med socialberedningen och de remissinstanser som har uttalat sig i frågan, att det är nödvändigt att bibehålla och förstärka olika former av specialresurser för arbetet med missbrukare i den öppna socialtjänsten.

Det främsta motivet för en sådan specialisering är, som framhållits, att den ofta utgör en förutsättning för en kompetensuppbyggnad inom området. Ett annat att specialiseringen ger starkare garantier för att missbruksarbetet ges en högre prioritet än om missbrukarna får konkurrera om resurserna med andra hjälpbehövande, så som är fallet i en helt integrerad socialtjänstorganisation. Möjligheterna till långvariga kontakter och personkontinuitet blir därmed väsentligt större. Därtill kommer att en specialisering av resurserna för missbrukarvård kan bidra till att resurserna används på ett mer rationellt sätt, något som bl. a. statskontoret framhåller i sitt remissvar.

De politiskt förtroendevalda

Socialberedningen fäster också uppmärksamheten på de politiskt förtroendevaldas viktiga roll för det sociala arbetet i kommunerna. Jag anser, i likhet med beredningen, att det är angeläget att frågan om uppbyggnaden av kompetensen också bland de förtroendevalda tillmäts stor betydelse vid ställningstaganden till organisatoriska förändringar av socialtjänsten.

Detta skall bl. a. ses mot bakgrund av att de förtroendevalda i socialnämnder och sociala distriktsnämnder har ansvaret för att socialtjänstlagens mål uppfylls inom kommunen. I detta ansvar ligger att, i konkurrens med övriga kommunala verksamheter, driva fram tillräckliga ekonomiska ramar för det sociala området och därvid bl. a. värna om särskilt utsatta gruppers behov av vård och omsorg. De förtroendevalda har också ansvaret för vissa frågor som rör tvångsvård av barn, ungdomar och vuxna missbrukare, vilket bl. a. av rättssäkerhetsskäl kräver stor kompetens.

3.3 Utbildning och handledning för vårdpersonalen

Som jag nyss framhållit är några av förutsättningarna för att nå framgång i arbetet med tunga missbrukare att socialarbetarna och den övriga vårdpersonalen har god utbildning och hög kompetens.

Socialberedningen understryker behovet av utbildning inom missbrukarvården och framhåller bl. a. behovet av en fördjupning av socionomutbildningen när det gäller kunskaper om missbruk och missbrukarvård. Utbildningen på den sociala linjen bör, enligt beredningen, innehålla obligatoriska moment om missbruk och missbrukarvård. Detsamma gäller påbyggnadsutbildningen i socialt arbete. Beredningen framhåller vidare att det är angeläget att socialhögskolan kan erbjuda kortare kurser inom ämnesområdet för yrkesverksamma socionomer. Universitets- och högskoleämbetet (UHÄ) anger i sitt remissvar att dessa frågor kommer att beaktas vid den översyn av socionomutbildningen som för närvarande pågår inom ämbetet.

Jag vill efter samråd med chefen för utbildningsdepartementet framhålla vikten av att socialberedningens arbete beaktas vid denna översyn.

I sammanhanget bör också nämnas den sociala omsorgslinjen inom den kommunala delen av högskolan. Utbildningen syftar till behandlingsarbete inom främst socialtjänstens hem för vård eller boende samt inom öppen vård, kriminalvård och hem för särskild tillsyn. Utbildningen ger möjlighet till fördjupning eller specialisering i fråga om missbruk och missbrukarvård.

Jag vill också, i likhet med socialberedningen, understryka att grundutbildningen bör kompletteras med fort- och vidareutbildning, dvs. möjlighet till en återkommande aktualisering och fördjupning av kunskaperna inom arbetsfältet. Ansvaret för att personalens behov av sådana utbildningsinsatser tillgodoses åvilar huvudmännen för missbrukarvården, dvs. kommuner och landsting. Beredningen föreslår emellertid också att medel ur de anslag som socialstyrelsen disponerar för utvecklingsinsatser inom missbrukarvården bör kunna användas för särskilda utbildningsinsatser för behandlingspersonal, som på många håll har en mycket ojämn utbildningsnivå jämfört med socialarbetare inom den öppna socialtjänsten.

I sammanhanget kan nämnas att jag nyligen i propositionen (1987/88:79) om åtgärder mot AIDS har redovisat att jag avser att föreslå regeringen att ge socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta ett underlag för huvudmännens fortbildnings- och handledningsinsatser inom narkomanvården. Uppdraget avses genomföras i samråd med de båda kommunförbunden och kriminal-

vårdsstyrelsen. I propositionen föreslås vidare att vissa statliga medel övergångsvis bör ställas till förfogande för detta ändamål. Detta förslag skall ses främst mot bakgrund av svårigheterna att rekrytera personal med adekvat utbildning och erfarenhet till den snabbt expanderande vårdsektorn. Åtgärder som kan underlätta personalrekryteringen är så akuta och angelägna med hänsyn till behovet av att begränsa spridningen av HIV/AIDS att det motiverar särskilda statliga insatser.

Starka skäl talar också för att fortbildnings- och andra insatser som kan stimulera metodutvecklingen vid behandlingsenheter för yngre alkoholmissbrukare bör ses som ett prioriterat område vid fördelningen av de statliga medlen för utvecklingsinsatser inom missbrukarvården.

Slutligen vill jag, i likhet med beredningen, framhålla att handledning är ett nödvändigt inslag i det ofta krävande arbetet med missbrukare.

Den fortlöpande s. k. ärendehandledningen kan ges av arbetsledaren och bör ses som ett självklart inslag i dennes arbetsuppgifter.

Därutöver krävs att den personal som är involverad i det direkta behandlingsarbetet har tillgång till s. k. metodhandledning med hjälp av externa handledare. I sammanhanget kan nämnas att behovet av sådan handledning understryks i en rapport från Svenska kommunförbundet. I rapporten – Socialarbetarnas behov av handledning (1986) – slås fast att "utifrån kommande handledare är en nödvändighet i psykosocialt arbete".

3.4 Vården av psykiskt svårt störda missbrukare

Min bedömning: Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utarbeta en plan för hur vården av psykiskt svårt störda missbrukare kan förbättras, bl. a. genom en förstärkt samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Samråd bör härvid ske med landstings- och kommunförbunden.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med min bedömning (betänkandet s. 205–210).

Remissinstanserna: Socialberedningens förslag tillstyrks eller lämnas utan erinran av nästan alla remissinstanser.

Statskontoret är positivt till att socialstyrelsen ges i uppdrag att utarbeta en plan för hur vården av psykiskt svårt störda missbrukare kan förbättras men motsätter sig att uppdraget genomförs i samråd med de båda kommunförbunden. Enligt statskontoret kan detta leda till förslag och lösningar av kompromisskaraktär eftersom förbunden är intresseorganisationer.

Skaraborgs läns landsting anser inte att beredningen belyst problemet tillräckligt och anför bl. a. att psykiatri är den vårdgren som har den största kompetensen för vård av människor med svåra psykiatriska problem. Vidare framhålls att man inte kan acceptera att missbrukare med svåra psykiatriska problem bereds vård med stöd av LVM med motiveringen att psykiatri har uttömt sina resurser. Behandlingshemmets riksförbund anser att beredningen tar alltför lätt på frågan genom att hänvisa

till socialstyrelsen och inte komma med ett eget förslag. Förbundet pekar på de problem som den oklara ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och psykiatri skapar inom tvångsvården. LVM-hemmen har stora svårigheter att klara missbrukare med allvarliga psykiska störningar eftersom hemmen saknar resurser för behandling av djupgående psykiska problem. Enligt förbundet bör frågan utredas noggrant och ansvarsfördelningen klargöras.

Skälen för min bedömning: Socialberedningen konstaterar att såväl socialtjänsten som psykiatrin i ökande omfattning kommer i kontakt med missbrukare med svåra psykiska störningar. Ingen vårdsektor har i tillräcklig omfattning utvecklat vådarrangemang som tar hänsyn till kombinationen av missbruk och sådana störningar. Dessa missbrukare riskerar därför i högre grad än andra att inte få sina vårdbehov tillgodosedda.

Några detaljerade riktlinjer för ansvarsfördelningen mellan landstingen som ansvariga för psykiatrin och primärkommunerna som ansvariga för socialtjänsten har inte lämnats i förarbetena till socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Socialtjänsten har huvudansvaret för vård och behandling av missbrukare men vissa uppgifter inom missbrukarvården faller på psykiatrin. Socialstyrelsen uttalar i skriften "Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård" (Socialstyrelsen anser, 1980:2) följande om ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och den psykiatriska vården:

En viktig uppgift för den framtida socialtjänsten är att svara för hjälp och stödsatser till personer med missbruksproblematik. Olika former för boende och service är därvid viktiga inslag, liksom individinriktade behandlingsinsatser och ansvar för den långsiktiga sociala rehabiliteringen. För att underlätta dessa socialtjänstuppgifter erfordras ett nära samarbete med primärvården och länssjukvårdens psykiatri.

Sjukvårdshuvudmännen kommer även i fortsättningen att ha ett vårdansvar för avgiftning av missbrukare, behandling av psykiska komplikationer till missbruk samt även svara för vissa rehabiliteringsinsatser när missbruket kan ses som en komplikation till en psykisk störning.

Socialstyrelsens uttalanden ger entydig vägledning i fråga om ansvarsfördelningen i ett par avseenden, nämligen i fråga om psykiatrins ansvar för avgiftning och behandling av akuta psykiska komplikationer till missbruket.

Ansvarsfördelningen i fråga om de långsiktiga rehabiliteringsinsatserna i de fall missbruket kan ses som en komplikation till en psykisk störning är mer oklar. Detta hänger delvis samman med att det ofta kan vara svårt att avgöra om problematiken domineras av psykiska störningar eller av missbruk. Socialberedningen har intrycket att socialtjänsten och psykiatrin ofta har skilda uppfattningar om vilken problematik som är den dominerande. Enligt beredningen förefaller det som om huvudmännen tenderar att göra så snäva gränsdragningar kring sina ansvarsområden att en relativt stor andel av de psykiskt störda missbrukarna hamnar "mellan stolarna" i vårdsystemet.

Detta förhållande bekräftas av Stockholms kommun som bl. a. påpekar att huvudmannaskapsfrågan måste lösas för att dessa missbrukare skall få adekvat vård och omsorg. Det är i dag alltför lätt att enbart se den ena problembilden och skjuta över behandlingsansvaret på en annan huvud-

man. Det måste enligt kommunen finnas behandlingsresurser för denna grupp som gör det möjligt att hantera såväl missbruket som den psykiska problematiken.

Stockholms kommun tar inte uttrycklig ställning i huvudmannaskapsfrågan. Socialberedningen konstaterar emellertid att företrädare för socialtjänsten inte sällan anser att psykiatrin gör en alltför snäv definition av vad som skall betecknas som psykiska störningar för att på det sättet frångå sig vårdansvaret för missbrukare som borde falla inom dess ansvarsområde.

Detta kommenteras i några av remissvaren. Helsingborgs kommun framhåller t. ex. att man upplever en påtaglig ovilja från psykiatrin att medverka i vårdarbetet. Arvika kommun pekar på det problem som ligger i att socialtjänsten har det yttersta vårdansvaret i de fall landstingen har – men inte tar – resursansvaret. Skaraborgs läns landsting och Behandlingshemmens riksförbund pekar på de svårigheter som LVM-hemmen möter när de ställs inför uppgiften att bereda missbrukare med svåra psykiska problem vård vid hemmen.

Jag anser, i likhet med socialberedningen och de remissinstanser som har uttalat sig i frågan, att socialtjänstens och psykiatrins ansvarsområden i fråga om de psykiskt störda missbrukarna måste klargöras. Detta bör emellertid inte ske genom att något av dessa vårdområden ensidigt deklarerar var dess ansvarsgränser går. I stället krävs en gemensam planering av socialtjänstens och psykiatrins insatser i syfte att skapa bättre underlag för bedömningen av dels vilka resurser som krävs för att möta dessa missbrukares behov av vård och stöd, dels vilken huvudman som skall ha behandlingsansvaret. Därvid bör bl. a. uppmärksammas att psykiatrisk behandling kan bedrivas dels som konsultationsinsatser, där behandlingsansvaret i övrigt ligger kvar inom socialtjänsten, dels genom att psykiatrin övertar behandlingsansvaret. Utgångspunkten för planeringen bör vara att det finns behov av psykiatriska insatser av båda dessa slag. Därtill kommer att frågan om samverkan mellan socialtjänsten och psykiatrin bör ägnas särskild uppmärksamhet.

Det får således inte råda någon tvekan om att psykiatrin har ett självklart vårdansvar för patienter, där missbruket är en del av en tyngre psykiatrisk problematik. I sammanhanget vill jag hänvisa till mina uttalanden i denna fråga i propositionen (1984/85:19) om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik. Där framhöll jag bl. a. (s. 40 f.) att det är helt oacceptabelt att dessa klienter, som har dubbla symtom och särskilt stora vårdbehov, inte kan erbjudas adekvat vård och ibland inte någon vård över huvud taget. Vidare uttalade jag följande:

F. n. pågår en utbyggnad av en decentraliserad psykiatrisk vård. Utöver en utbyggnad av öppenvården kommer differentierade och decentraliserade mindre behandlingshem att tillskapas för olika patientkategorier, som är i behov av långtidsvård. Att i det skedet acceptera att psykiatrin skall befrias från en uppgift som självklart ligger inom dess arbetsområde kan inte komma i fråga. Det är mot denna bakgrund ytterst angeläget att landstingen, som ven del av den förändring som psykiatrin f. n. genomgår, utvecklar vårdresurser för långsiktig rehabilitering av missbrukare med

allvarliga psykiska störningar. I sammanhanget vill jag särskilt nämna behovet av mindre behandlingshem, som kan erbjuda en kvalificerad behandling.

Prop. 1987/88:147

Jag avser att återkomma till regeringen med förslag om att ge socialstyrelsen i uppdrag att med utgångspunkt från vad jag här har anfört utarbeta en plan för hur vården av psykiskt svårt störda missbrukare kan förbättras. Jag anser att samråd härvid bör ske med landstings- och kommunförbunden.

3.5 Narkomanvården och AIDS/HIV

Socialberedningen redovisar i betänkandet vissa överväganden och förslag som rör narkomanvården och AIDS-bekämpningen. Dessa sammanfaller i allt väsentligt med utgångspunkterna för och innehållet i det åtgärdsprogram som redovisades i propositionen om särskilda medel för bekämpningen av AIDS. Programmet genomförs under budgetåren 1986/87 och 1987/88 (prop. 1985/86:171, SoU 25, rskr. 324). Riksdagen anvisade 150 milj. kr. till ändamålet. Av medlen har ca hälften använts för insatser inom narkomanvården.

Ansträngningarna har hittills främst inriktats på dels att bygga ut den specialiserade öppna narkomanvården, dels att förstärka samordningen mellan kommunerna i olika regioner och mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård, polis och kriminalvård. Vidare har stöd till frivilliga organisationer för utveckling av alternativa behandlingsformer prioriterats.

I den nyligen framlagda propositionen 1987/88:79 om åtgärder mot AIDS har jag angett att denna inriktning bör fullföljas. Därutöver föreslås i propositionen en utbyggnad av LVM-vården för narkotikamissbrukare. Sammanlagt föreslås att 230 milj. kr. anvisas för åtgärder mot AIDS under budgetåret 1988/89. Dessa medel skall bl. a. disponeras för insatser inom narkomanvården.

3.6 Missbrukarna och arbetsmarknaden

Min bedömning: Socialstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen bör gemensamt ges i uppdrag att utveckla samarbetet mellan arbetsförmedling och socialtjänst. Samråd bör därvid ske med kriminalvårdsstyrelsen, riksförsäkringsverket, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet.

Socialberedningens förslag: Socialberedningen redogör i sitt betänkande för en modell för hur en samverkan mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten, försäkringskassan och arbetsförmedlingen skulle kunna byggas upp. Beredningen anser sig inte ha möjlighet att värdera enskildheterna i modellens konstruktion men anser att den utgör ett intressant uppslag för hur en förstärkt samverkan skulle kunna organiseras. Enligt beredningen vore det därför värdefullt om nyttan av denna och kanske andra liknande modeller kunde prövas praktiskt i en försöksverksamhet i olika delar av

landet. Socialberedningen föreslår därför att arbetsmarknadsstyrelsen får i uppdrag att i samråd med socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, Landsförbundet och Svenska kommunförbundet dra upp riktlinjer för en sådan försöksverksamhet (betänkandet s. 210–215).

Remissinstanserna: Socialberedningens förslag tillstyrks eller lämnas utan erinran av nästan alla remissinstanser. Två av remissinstanserna, RFHL och Verdandi, är kritiska mot förslaget. RFHL anser att det är en "halvmesyr". Verdandi anför liknande kritik.

Skälen för min bedömning: Socialberedningen konstaterar att de tunga missbrukarnas förankring på arbetsmarknaden har försvagats drastiskt under den senaste 20-årsperioden. Den huvudsakliga orsaken till detta kan enligt beredningen sökas i strukturella förändringar på arbetsmarknaden. Samtidigt som det nu i Sverige finns både fler i arbete än någonsin tidigare och arbetslösheten har kunnat minskas, så har också kraven ökat. Allt fler lediga platser utannonseras med krav på särskild utbildning eller erfarenhet.

Dessa förändringar utgör en viktig del av förklaringen till missbrukarnas svårigheter att hävda sig på arbetsmarknaden och därmed att genom arbete klara sin försörjning. Även personer som inte har missbruksproblem, men saknar utbildning eller har en icke efterfrågad utbildning och bristande arbetslivserfarenheter, har mycket svårt att få en fast förankring på arbetsmarknaden. Detta gäller framför allt ungdomar, vilket återspeglas i den för svenska förhållanden höga ungdomsarbetslösheten under större delen av 1980-talet.

För de yngre missbrukarna måste den grundläggande inriktningen vara att klienten skall kunna återgå till ett normalt liv där försörjningen sker genom eget arbete. För äldre missbrukare och personer som genom långvarigt missbruk fått betydande kroppsliga, psykiska och sociala skador, måste målet för socialtjänstens och andra myndigheters insatser anpassas mer till vad som är realistiskt att uppnå. Fortfarande är dock arbete, arbetsträning och regelbunden sysselsättning viktiga moment eftersom de skänker struktur åt vardagen, ökar självförtroendet och därmed ger individen möjlighet till ett värdigare liv, som, om det inte präglas av drogfrihet, åtminstone kan leda till ett mer begränsat missbruk och högre grad av socialt fungerande.

Svårigheterna finns dock inte bara inom socialtjänsten. Även arbetsförmedlingarna möter i kontakten med missbrukare problem som ligger utanför deras kompetensområde och som ofta omöjliggör insatser inom det område där arbetsförmedlare och yrkesvägledare har kompetens och resurser.

Problemen finns enligt min mening på flera plan. Arbetsförmedlingen möter missbrukare som inte är kända inom socialtjänsten. Arbetsförmedlingen möter också missbrukare som kommer till förmedlingen utan reell avsikt att söka arbete eller som inte har förutsättningar att klara av ett sådant. Arbetsförmedlingen och arbetsmarknadsinstitutet möter slutligen också missbrukare som har vårdats på institution eller i öppenvård och som behöver arbete som ett led i rehabilitering och utslussning till ett normalt liv.

Det har ofta i debatten om missbrukarna och arbetsmarknaden framhållits att arbetsförmedlingarna ibland upplever ett starkt tryck både från andra myndigheter och missbrukarna själva att ordna lämplig utbildning, beredskapsarbete eller praktikplats i rehabiliteringssyfte. I många fall får arbetsförmedlingen konstatera att den sökande inte har förutsättningar att tillgodogöra sig de insatta åtgärderna eller fullfölja en utbildnings- eller arbetsplacering. Dessa problem har tagits upp i bl.a. betänkandet (Ds S 1984:11) Offensiv narkomanvård II och berörs även i propositionen 1984/85:19 om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik.

I båda dessa sammanhang understryks att arbetsmarknadsmyndigheterna inte har kompetens för att ge vård och behandling. Deras insatser skall och bör ha en arbetsmarknadsmässig inriktning. Arbetsmarknadsverket har i olika sammanhang framfört samma ståndpunkt och har då också framhållit att arbetsmarknadsmässiga insatser inte skall fungera som alternativ till vård och behandling. Verket vill inte heller fungera som kontrollorgan för att arbetssökande skall kunna uppbära ersättning från andra myndigheter. Detta gäller inte bara i förhållande till socialtjänsten.

Å andra sidan framförs från socialtjänsten ofta krav på att arbetsförmedlingen bör medverka till att även klienter med mer eller mindre uttalade missbruksproblem också ges möjligheter till arbete. Stödinsatser i form av såväl behandling som utbildning och arbete/sysselsättning ses som integrerade delar av den totala rehabiliteringen. De ökande kraven på utbildning och erfarenhet som arbetslivet ställer gör behovet av sådana stödinsatser än mer markant, om dessa grupper skall få varaktigt fäste på arbetsmarknaden.

Jag för min del anser det inte acceptabelt att arbetsmarknadsmyndigheterna ställer krav på att enbart arbeta med helt färdigrehabiliterade arbetssökande. Det är knappast meningsfullt att försöka dra bestämda gränser mellan medicinsk, social och yrkesinriktad rehabilitering. De sociala rehabiliteringsinsatserna måste kunna fortgå under längre perioder och kunna stödjas av arbetsmarknadsåtgärder för att ge den enskilde arbete, utbildning eller praktik. När det gäller personer med missbruksproblem är det dock rimligt att en grundläggande rehabilitering har skett, så att det akuta missbruket i huvudsak har upphört. Pågående missbruk leder till hög frånvaro och studiecavbrott, som medför att åtgärderna blir verkningslösa. Det är därför också en misshushållning med de arbetsmarknadspolitiska resurserna. Ett gott samarbete mellan i första hand socialtjänsten och arbetsförmedlingen med bl. a. en gemensam planering av rehabiliteringsinsatserna är enligt min mening en förutsättning för en framgångsrik rehabiliteringsverksamhet. Men samverkan krävs också med andra myndigheter och organisationer om rehabiliteringsinsatserna skall kunna göras så fullständiga och individuellt anpassade som möjligt.

Bristen på samverkan mellan olika rehabiliterande instanser har också uppmärksammats av den arbetsgrupp inom socialdepartementet som analyserat socialbidragsutvecklingen under 1980-talet. Arbetsgruppen har i sin slutrapport (Ds S 1987:2) Om socialbidrag – analyser av utvecklingen under 1980-talet konstaterat att omkring hälften av alla socialbidragstagare är i behov av insatser från såväl socialtjänst som arbetsförmedling. Vidare

behöver en så stor del av socialbidragstagarna som en femtedel, främst missbrukare, ett grundligare stöd från både socialtjänst och arbetsförmedling för att kunna få en varaktig förankring på arbetsmarknaden.

Erfarenheter från olika projekt tyder på att hjälpinsatserna fungerar bättre om de genomförs i samarbete mellan socialtjänsten och arbetsförmedlingen. Det framstår också som allt viktigare att även socialtjänsten, som komplement till arbetsmarknadsverkets insatser, utvecklar aktiva metoder för att bättre kunna hjälpa arbetslösa socialbidragstagare. Mot denna bakgrund och med anledning av socialbidragsgruppens slutrapport beslutade socialdepartementet och arbetsmarknadsdepartementet år 1987 att ta initiativ till insatser som kan förstärka främst yngre missbrukares anknytning till arbetsmarknaden. Ett belopp om 2 milj. kr. avsattes i en första omgång för att stimulera en utveckling inom området. Insatserna skall enligt givna riktlinjer inriktas såväl på att utveckla socialtjänstens metoder som på samarbetet mellan socialtjänsten och arbetsförmedlingen. En rapport, (Ds 1988:14) Samverkan mellan socialtjänst och arbetsförmedling – en beskrivning och ett underlag för utveckling, om hur detta samarbete kan utvecklas har nyligen tagits fram på gemensamt uppdrag av socialdepartementet och arbetsmarknadsdepartementet. Denna rapport bör kunna tjäna som underlag för fortsatta gemensamma insatser på området.

För den personal inom socialtjänst, arbetsförmedling och arbetsmarknadsinstitut som arbetar med för socialtjänsten och arbetsförmedlingen gemensamma sökande behövs ökade kunskaper om varandras verksamhet samt en gemensam syn på hur samarbetet skall bedrivas. Socialstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen bör därför gemensamt ta initiativ till att lokala eller regionala utbildningar för dessa personalkategorier kommer till stånd.

Jag avser att återkomma till regeringen med förslag om att ge arbetsmarknadsstyrelsen och socialstyrelsen i uppdrag att med utgångspunkt från vad jag här har anfört utveckla samarbetet mellan socialtjänsten och arbetsförmedlingen. Samråd bör därvid ske med riksförsäkringsverket, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Med anledning av att dessa frågor rör även kriminalvården, särskilt när det gäller frigivningen av narkotikamissbrukare, bör samråd ske även med kriminalvårdsstyrelsen. Jag har i denna fråga samrått med cheferna för justitie- och arbetsmarknadsdepartementen samt statsrådet Lönnqvist.

3.7 De frivilliga organisationerna

De frivilliga organisationernas insatser på missbruksområdet utgör viktiga komplement till den offentliga vården.

Organisationerna har sin största betydelse när det gäller att förebygga att missbruksproblem över huvud taget uppkommer. Nykterhetsrörelsen och klientorganisationerna tar aktiv del i den socialpolitiska debatten och bidrar till att påverka samhällets attityder till droger. Genom information sprider organisationerna kunskap om alkohol och droger liksom om negativa sociala och medicinska konsekvenser av missbruk. Ett starkt för-

eningsliv är också betydelsefullt för att bryta isolering och skapa gemenskap. Inte minst ungdomsorganisationerna har här en viktig uppgift när det gäller att aktivera ungdomar och bidra till att skapa förhållanden och miljöer som motverkar uppkomsten av en drokkultur.

De frivilliga organisationerna fyller också en viktig uppgift när det gäller att möta och motverka en begynnande utslagning av människor med missbruksproblem. En stor majoritet av dem som överkonsumerar eller missbrukar alkohol har kvar sin sociala förankring och kommer ofta inte i kontakt med socialtjänsten. Den hjälp de kan få av sin närmaste omgivning är ofta utslagsgivande för hur deras missbruksproblem utvecklas. Här spelar de frivilliga organisationerna en viktig roll. Ett exempel är kamrattstödande insatser på arbetsplatserna. Denna verksamhet, där arbetskamrater stödjer andra som befinner sig i utsatta sociala situationer, har vuxit kraftigt under de senaste åren.

Idén bakom det kamrattstödande arbetet – att människor tar ansvar för och hjälper sina kamrater, även när de har problem – är naturligtvis inte ny. Den kan tvärtom sägas vara en form av praktisk solidaritet som har gamla rötter i de svenska folkrörelserna.

Flera av de frivilliga organisationerna gör betydande insatser för de tunga missbrukarna. Länkrörelsen och andra organisationer som organiserar människor som själva är berörda av missbruksproblemen spelar här en särskild roll.

Flera av de frivilliga organisationerna bedriver också socialt arbete bland tunga missbrukare, dels genom egna rådgivningsbyråer, dels som huvudmän för behandlingsshem för missbrukare.

I arbetet med de tunga missbrukarna spelar utslussningen från institutionsvården en viktig roll. För att de positiva resultaten av institutionsvistelsen skall bestå krävs fortsatta stödinsatser. Det är framför allt av stor betydelse att det kring missbrukarna kan byggas upp vad som brukar kallas ett socialt nätverk som bl. a. kan fungera som ett skydd mot framtida påfrestningar. De frivilliga organisationerna har under senare år kommit att spela en viktig roll även i utslussningsarbetet bl. a. genom att utveckla samverkansmodeller som underlättar en återgång till arbetslivet.

De frivilliga organisationerna har ofta en gemensam och uttalad syn på missbruksproblemen, vilken ofta sätts in i en överordnad referensram som kan vara politisk, religiös eller vårdideologisk. Detta skapar förutsättningar för ett helhetsperspektiv på arbetet. Att de ideologiska utgångspunkterna är tydliga och gemensamma för dem som arbetar inom organisationen bidrar till att arbetet kan bedrivas inom en enhetlig ram och ges en konsekvent utformning. För de missbrukare som från början eller med tiden omfattar utgångspunkterna blir detta ett viktigt stöd.

De frivilliga organisationernas arbete präglas också ofta av ett djupt personligt engagemang. En stor del av arbetet utförs ideellt och av människor som är starkt övertygade både om målen och om arbetsformerna. Detta är viktigt eftersom det personliga engagemanget är centralt i allt människovårdande arbete och som regel en förutsättning för att nå framgång.

De frivilliga organisationerna, framför allt klientrörelsen, bygger på

medlemskap. Man är *med* i t. ex. länkrörelsen men *går till* socialtjänsten. Medlemskapet ger en större tillhörighet till organisationen och en större identifikation med målen. Medlemskapet ger också andra fördelar. Som medlem kommer man i kontakt med andra människor i samma situation som man kan dela erfarenheter med. Kontakterna kan lättare leda till en gemenskap som omfattar också andra sidor av livet än de problemfyllda.

De frivilliga organisationerna engagerar också i stor utsträckning före detta missbrukare i sitt arbete. De före detta missbrukarna kan utgöra en viktig resurs i behandlingsarbetet under förutsättning bl. a. att de har distans till sitt eget missbruk. I de frivilliga organisationernas arbete utgör också de tidigare missbrukarna föredömen och levande exempel på att förändringar är möjliga.

Jag anser, i likhet med socialberedningen, att det är angeläget att de frivilliga organisationerna får ett omfattande stöd. Stödet kan framför allt ges genom ekonomiska bidrag. I många fall är det också möjligt att utveckla former för samverkan mellan de frivilliga organisationerna och socialtjänsten. Socialberedningen har i ett tidigare betänkande (SOU 1986:19) Aktuella socialtjänstfrågor framhållit att stöd till de frivilliga organisationerna inte får ges i former som styr föreningarna och organisationerna. För att mångfalden skall bevaras är det viktigt att respektera organisationernas självständighet. De måste få utvecklas på sina egna villkor. Jag delar den uppfattningen.

Slutligen vill jag erinra om att nykterhetsrörelserna och vissa andra organisationer får ett omfattande statligt stöd för sin verksamhet. Statsbidrag utgår dels i form av organisationsstöd, dels som projektmedel till verksamheter i drogförebyggande syfte. Statsbidrag utgår också till organisationerna för deras insatser i samband med rehabilitering av missbrukare. I budgetpropositionen (prop. 1987/88:100 bil. 7) har jag för nästa budgetår beräknat närmare 50 milj. kr. för bidrag till organisationernas insatser på drogområdet.

4 En reviderad tvångsvårdslag för vuxna missbrukare

4.1 Utgångspunkter

Huvuddragen i LVM

LVM är en tvångslag inom socialtjänsten. Den kan användas för att bereda vård åt vuxna missbrukare av alkohol eller narkotika som inte kan förmås att medverka till vård i frivilliga former enligt socialtjänstlagen. I LVM föreskrivs inledningsvis att de i 1 § socialtjänstlagen angivna målen för samhällets socialtjänst skall vara vägledande för all vård som syftar till att hjälpa människor att komma ifrån sitt missbruk. Där sägs också att vården skall bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och så långt det är möjligt utformas och genomföras i samverkan med honom. I 11 § socialtjänstlagen finns vidare bestämmelser om socialnäm-

dens ansvar för att den enskilde missbrukaren får den vård och den hjälp han behöver.

Förutsättningar för vård enligt LVM är att missbrukaren till följd av ett fortgående missbruk av alkohol eller narkotika är i trängande behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och att hans vårdbehov inte kan tillgodoses enligt någon annan lag, t. ex. socialtjänstlagen. Dock får vård enligt LVM beslutas även om någon för en kortare tid bereds vård med stöd av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Vidare fordras att den enskilde till följd av missbruket antingen utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Det är länsstyrelsen som skall utreda om det finns skäl att bereda någon vård enligt LVM och, om skäl härför föreligger, ansöka hos länsrätten om sådan vård. Övergångsvis, fram till den 1 januari 1984, låg denna uppgift på socialnämnden. En ansökan om vård enligt LVM skall innehålla en redogörelse för missbrukarens förhållanden, för tidigare vidtagna åtgärder och för den planerade vården. Ett läkarintyg som anger missbrukarens aktuella hälsotillstånd skall förebringas, om möjligt redan när ansökningen lämnas in till rätten.

Beslut om vård enligt LVM fattas av länsrätten. Om det inte är uppenbart obehövligt, skall rätten hålla muntlig förhandling. En sådan förhandling är obligatorisk, om någon av parterna begär det. Den enskilde skall regelmässigt ha rättshjälp genom ett offentligt biträde.

Vården skall inledas på sjukhus, om det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt och om förutsättningarna för sjukhusvård är uppfyllda.

Vård med stöd av LVM skall lämnas genom ett hem som har en kommun eller en landstingskommun som huvudman och som enligt en institutionsplan är avsedd för att ge sådan vård. Hemmet skall stå under ledning av en styrelse. För de missbrukare som behöver särskilt noggrann tillsyn skall det finnas speciella hem som är anpassade för en sådan tillsyn.

Biträde av polis kan begäras för att inställa någon till ett LVM-hem. Om någon avvikit från ett LVM-hem kan biträde av polis begäras för att efterforska och hämta tillbaka honom.

Den som är intagen på ett hem som är anpassat för särskild tillsyn får hindras att avvika från hemmet. De övriga hemmen har inga kvarhållningsmöjligheter. Däremot kan som nämnts den intagne hämtas tillbaka när han har avvikit. Under den inledande vården på sjukhus finns det inte någon möjlighet att hålla kvar den missbrukare som vill lämna sjukhuset. Han kan inte heller hämtas tillbaka till sjukhuset.

Vård med stöd av LVM skall upphöra när syftet med vården har uppnåtts. I normalfallet kan vården pågå i högst två månader. Vårdtiden får dock förlängas med ytterligare högst två månader, om den intagne på grund av sitt hälsotillstånd behöver ytterligare vård eller om det finns andra synnerliga skäl för en förlängning. Det är LVM-hemmets styrelse som beslutar om eventuell förlängning. Under vårdtiden bör missbrukaren, efter beslut av föreståndaren vid hemmet, på försök vårdas i annan form eller vistas i eget hem.

Polisen får omhänderta en missbrukare omedelbart, om det är sannolikt att han kan beredas vård enligt LVM och beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att han kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat, om han inte får omedelbar vård, eller det föreligger en överhängande risk att han på grund av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Rätten kan också besluta om omedelbart omhändertagande sedan en ansökan om vård har anhängiggjorts hos rätten.

Mål enligt LVM skall handläggas skyndsamt.

Ett omedelbart omhändertagande genom polisen skall genast underställas länsrätten. Rätten skall så snart det kan ske och senast inom fyra dagar från det att beslutet underställdes rätten pröva om omhändertagandet skall bestå. I vissa fall får den tiden utsträckas till en vecka. Inom en vecka från det länsrätten meddelade beslut om att ett omhändertagande skall bestå, skall länsstyrelsen ha ansökt om vård. Om så inte sker, skall länsrätten upphäva beslutet om omhändertagande. Länsrätten skall också upphäva beslutet om den finner att det inte längre finns skäl för omhändertagandet. Ett sådant beslut upphör också när rätten avgör frågan om vård eller om missbrukaren häktas. I de fall missbrukaren är omedelbart omhändertagen skall rätten avgöra frågan om vård inom en vecka från den dag då ansökan kom in. Om det är nödvändigt får denna tidsfrist utsträckas.

Under vårdtiden får missbrukaren utsättas för vissa kontrollåtgärder. Han får inte inneha alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel, sprutor eller kanyler eller något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Sådan egendom får omhändertas. Vidare får han kroppsvisiteras och ytligt kroppsbesiktigas. Den som vistas på ett hem för särskild tillsyn får, som jag nyss nämnde, hindras att lämna hemmet och vidare underkastas de begränsningar av rörelsefriheten som behövs för att genomföra vården eller för andra intagnas eller personalens säkerhet. På ett sådant hem får också försändelser till de intagna kontrolleras.

LVM—en kompromiss

Beslutet om LVM föregicks av en mångårig diskussion om hur den lagstiftning som skulle reglera tvångsvården av vuxna missbrukare skulle utformas. Motsättningarna i frågan var starka under hela arbetet på socialtjänst-reformen. De rörde allt från den grundläggande frågan om tvångsvård över huvud taget kunde accepteras till om tvångsvården skulle begränsas till det akuta avgiftningsskedet eller för att säkerställa genomförandet av ett längre behandlingsprogram. Det förslag som kom att ligga till grund för LVM utarbetades efter det att huvuddelen av reformen hade antagits i riksdagen i juni 1980. Då tillsattes socialberedningen, efter framställning av riksdagen, för att göra en översyn av bestämmelserna om vård utan samtycke inom socialtjänst- samt hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Beredningen fick i uppdrag att med förtur utarbeta ett förslag beträffande vården av vuxna alkohol- och narkotikamissbrukare. Vikten av en bred politisk samling bakom det kommande lagförslaget underströks.

Beredningen utarbetade förslaget till LVM som, med vissa ändringar, antogs av riksdagen i december 1981, alltså kort innan socialtjänstrefor-

men trädde i kraft. Förslaget, liksom den slutligt antagna lagen, var en kompromiss som inte skulle ses som en definitiv lösning på frågan om tvångsvård av vuxna missbrukare. Socialberedningen fick också, i direkt anslutning till riksdagsbeslutet om lagen, i uppdrag att följa lagens tillämpning.

Socialberedningen överlämnade hösten 1983 ett delbetänkande (Ds S 1983:16) Erfarenheter av LVM och vissa andra socialtjänstfrågor. I betänkandet lämnades förslag till ett antal mindre ändringar av huvudsakligen teknisk karaktär. Den slutliga utvärderingen liksom behandlingen av mer centrala frågeställningar såsom LVM:s indikationer för tvångsvård, tvångsvårdstidens längd m. m. hänsköts till slutbetänkandet. Beredningen har genom betänkandet (SOU 1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget fullgjort detta uppdrag.

Socialberedningens överväganden har lett fram till förslag om att lagen bör preciseras, ändras och kompletteras på en rad punkter. De föreslagna ändringarna är omfattande men inte av sådan karaktär att lagen i grunden skulle förändras.

Även jag anser att lagen bör ligga fast i sina grunddrag liksom att den behöver revideras i en del avseenden. I det följande föreslår jag en rad förändringar som nära ansluter till beredningens förslag. På vissa punkter föreslår jag avvikande lösningar och kompletteringar.

4.2 Inledande bestämmelser

Mitt förslag: Lagen kompletteras med inledande bestämmelser som klargör förhållandet mellan socialtjänstlagen och LVM samt anger syftet med vården.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt (betänkandet s. 367 f.).

Remissinstanserna: Flertalet av de remissinstanser som yttrat sig i dessa frågor tillstyrker beredningens förslag.

Skälen för mitt förslag: LVM inleds genom den s. k. portalparagrafen med en erinran om socialtjänstens mål och synsätt och att dessa skall vara vägledande för all missbrukarvård. Som motiv för bestämmelsen anfördes risken för att en särskild lag, som ger möjlighet att i vissa kvalificerade fall bereda en missbrukare vård oberoende av samtycke, kunde skymma kravet på att den enskildes vårdbehov i första hand skall tillgodoses genom frivilliga insatser i samverkan med honom. Det framhölls också att det fanns en risk för att tvångsregler i en särskild lag kan påverka förhållnings-sättet i det dagliga arbetet inom missbrukarvården och leda till minskad respekt för den enskildes vilja och integritet.

Motiven för att inledningsvis hänvisa till socialtjänstlagen kvarstår enligt min mening. I likhet med beredningen anser jag att den inledande presentationen bör tillföras en bestämmelse som klargör förhållandet mellan LVM och socialtjänstlagen. Av den bör framgå att LVM är en kompletterande

lag som närmare reglerar förutsättningarna för att avvika från den grundläggande frivillighetsprincipen i socialtjänstlagen.

Inledningen till lagen bör vidare klargöra syftet med tvångsvården. Jag anser att den nuvarande lagens syfte bör ligga fast. Grundtanken att det främst är den enskildes behov av vård som skall vara avgörande är alltså bärande. Vården bör även i fortsättningen vara ett medel att bryta en destruktiv utveckling. Den skall syfta till att ge den enskilde motivation till fortsatt behandling och stöd i frivilliga former och en realistisk möjlighet att själv fortsätta att arbeta med sina problem. Tvångsvården skall ses som inledningen till en behandling som kan leda till missbruksfrihet och en förbättrad livssituation i övrigt. Så snart det finns förutsättningar för en fortsatt vård i frivilliga former skall utskrivning ske. Vården skall därför inriktas på att tillsammans med den enskilde planera behandling och andra rehabiliteringsinsatser som i de flesta fall måste fortgå en längre tid efter det att vården enligt LVM har avslutats. Avsikten är således inte att genom tvång säkerställa genomförandet av hela det behandlingsprogram som i allmänhet krävs för att den enskilde skall komma ifrån sitt missbruk. Jag anser att detta måste betraktas som så viktigt och grundläggande att lagen bör kompletteras med en bestämmelse om det.

4.3 Grunderna för vård

4.3.1 Missbruk av andra beroendeframkallande medel

Mitt förslag: Lagens tillämpningsområde utvidgas till att omfatta, förutom missbruk av alkohol och narkotika, även missbruk av andra beroendeframkallande medel.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer väsentligen med mitt (betänkandet s. 275 f. och s. 369).

Remissinstanserna: Av de remissinstanser som har tagit ställning i frågan är flertalet positiva till socialberedningens förslag. Dessa är bl. a. socialstyrelsen, fyra av de fem förvaltningsdomstolarna, två av de tre länsstyrelserna, sex av de nio kommunerna. Behandlinghemmens riksförbund, Riksförbundet narkotikafritt samhälle (RNS) och Riksförbundet Föräldraföreningen mot narkotika (FMN). Domstolsverket välkomnar förslaget men ifrågasätter om inte termen "beroendeframkallande medel" för att undvika missförstånd borde ändras till "berusningsmedel".

Några remissinstanser förordar en utvidgning som tar sikte på endast flyktiga lösningsmedel. Dessa är länsrätten i Malmöhus län, länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län, JO, Stockholms och Göteborgs kommuner, SACO/SR, Föreningen Sveriges socialchefer och RFHL.

Fyra remissinstanser, Norrköpings kommun, Alkoholproblematikers riksorganisation (ALRO), Verdandi och IOGT/NTO, avstyrker en utvidgning.

Gällande regler

Enligt 2 § LVM kan, om de övriga förutsättningarna är uppfyllda, den som fortgående missbrukar alkohol eller narkotika beredas vård enligt lagen.

Under remissbehandlingen vid tillkomsten av LVM föreslogs att lagen skulle kunna tillämpas även vid missbruk av andra beroendeframkallande medel, t. ex. thinner och läkemedel.

I propositionen om LVM anförde föredragande departementschefen (prop. 1981/82:8 s. 43) att hon förstod de remissinstanser som inte ville lämna missbrukare av t. ex. lösningsmedel och andra läkemedel än narkotiska utanför. Hon hänvisade emellertid till att det här rörde sig om ett litet antal vuxna missbrukare och att bestämmelsen lätt kunde kompletteras om behov av det uppstod i framtiden.

Med anledning av ett motionsyrkande i frågan gav riksdagen år 1984 regeringen till känna att socialberedningen borde lägga fram förslag om ändring av 2 § LVM så att även missbruk av andra beroendeframkallande medel än alkohol och narkotika – såsom thinner – skulle kunna utgöra grund för vård enligt LVM (SoU 1983/84:30, rskr. 375).

Förslag till förändringar

LVM:s tillämpningsområde är således begränsat till fall av missbruk av alkohol och narkotika, medan däremot socialtjänstlagens bestämmelser i fråga om missbruk tar sikte på behandling av missbruksproblem över huvud taget. Detta vållar naturligtvis problem i de fall det rör sig om ett allvarligt missbruk av medel som inte omfattas av LVM och vården inte kan ges med stöd av socialtjänstlagen. Socialberedningen konstaterar också att det finns ett inte obetydligt antal vuxna missbrukare av flyktiga lösningsmedel, för vilka insatser enligt socialtjänstlagen framstår som otillräckliga.

De flyktiga lösningsmedlen sniffas, dvs. inandas i berusningssyfte. De medel som missbrukas är t. ex. toulén, trikloretylen, xylen och bensen. I handeln finns dessa ämnen i ett stort antal produkter, t. ex. fläckborttagningsmedel, lim, thinner, färger, kemtvättvätska, nagellacksremover och drivgas i sprayförpackningar.

Vid sniffning går giftet via slemhinnorna i luftvägarna och lungorna direkt ut i blodet. De omedelbara fysiska skador som detta kan föra med sig är bl. a. hjärtstillestånd och andningsförlamning. Risken för överdosering med medvetelslöshet som följd är stor. Efter långvarigt sniffande uppkommer leverskador, njurskador och skador på de blodbildande organen. Risk för hjärnskador finns vid bensinsniffning på grund av blyhalten. Om övriga sniffningspreparat kan ge hjärnskador är inte klarlagt, men exempel i litteraturen tyder på att sniffning kan leda till avtrubning genom kronisk hjärnskada på samma sätt som vid missbruk av alkohol. Härtill kommer att sniffning varit en bidragande orsak vid trafikolyckor, självmord, druckning, bränder och dråp. Effekterna av dessa missbruksmedel är således

jämförbara med alkohol och vissa typer av narkotika och de skador som medlen kan ge upphov till är mycket allvarliga.

Löslningsmedlen kan framkalla beroende på samma sätt som alkohol och narkotika. Vanesniffaren utvecklar tolerans mot medlet och drabbas av abstinensbesvär. De sociala skadorna är vanligen påtagliga. Socialberedningen har också konstaterat att detta slag av missbruk blivit vanligare bland vuxna.

Jag anser mot bakgrund av det anförda att det är nödvändigt att i LVM införa en möjlighet att bereda vård åt denna grupp av missbrukare.

Med narkotika avses enligt 8 § narkotikastrafflagen (1968:64) läkemedel eller hälsofarliga varor med starkt vanebildande egenskaper eller varor som med lätthet kan omvandlas till varor med sådana egenskaper och som därför antingen är föremål för kontroll enligt en internationell konvention som Sverige har biträtt eller som av regeringen har förklarats skall anses som narkotika.

Sverige har biträtt två FN-konventioner beträffande narkotika, dels 1961 års allmänna narkotikakonvention (den s. k. Single Convention), med ändringsprotokoll år 1972, dels 1971 års konvention om psykotropa substanser. I listor som har fogats till konventionerna och som fortlöpande revideras finns upptagna de ämnen som är föremål för internationell kontroll.

I förordningen (1983:366, ändrad och omtryckt 1985:244) om att vissa substanser skall anses som narkotika har regeringen angett de ytterligare substanser som skall anses som narkotika enligt narkotikastrafflagen.

Socialstyrelsen skall upprätta och kungöra förteckningar över narkotika.

Generellt måste sägas att vi i Sverige har en mycket god beredskap mot nya narkotiska ämnen. När tillräckligt underlag finns kan beslut av regeringen om narkotikaförklaring fattas inom någon vecka från det framställning om detta kommit in. I samtliga fall krävs dock utredning från t. ex. socialstyrelsen, rikspolisstyrelsen och generaltullstyrelsen om eventuellt missbruk och illegal handel och om vanebildande egenskaper. När det gäller läkemedel måste också beaktas vilka konsekvenser en narkotikaförklaring har för den legala tillverkningen, distributionen och användningen av läkemedlet.

Eftersom narkotikabegreppet i Sverige liksom i de allra flesta länder bygger på en uppräknig av de kontrollerade substanserna har det tid efter annan gjorts försök att kringgå kontrollbestämmelserna genom tillverkning av kemiska substanser som endast obetydligt avviker från de kontrollerade substanserna, men tillräckligt för att dessa nya substanser inte skall omfattas av kontrollen. I USA har under senare tid tillverkningen av dessa s. k. designer drugs lett till många dödsfall och allvarliga sjukdomstillstånd hos missbrukarna. Såvitt vi vet är dock missbruket i allt väsentligt begränsat till USA. Det kan dock inte uteslutas att sådana mycket farliga substanser kan dyka upp också i Sverige och få snabb spridning.

För närvarande finns inga möjligheter att ingripa med stöd av LVM om socialtjänstens insatser enligt socialtjänstlagen inte skulle räcka till för den som missbrukar icke narkotikaklassade medel. Med missbruk avser jag en konsumtion som leder till allvarliga följder för den enskilde i form av medicinska eller sociala problem. Jag anser att samhället måste ta ett

ansvar även för dessa missbrukare och att LVM därför bör omfatta även dem.

Jag förordar således att missbruk av sådana icke narkotikaklassade medel jämföras med missbruk av alkohol, narkotika och flyktiga lösningsmedel och att också missbrukare av dessa bör kunna beredas vård enligt LVM, om övriga förutsättningar för vård enligt lagen är uppfyllda och vårdbehovet inte kan tillgodoses på något annat sätt.

När det gäller att välja ett uttryck som skall omfatta såväl flyktiga lösningsmedel som nu avsedda medel som inte är klassade som narkotika, har två olika begrepp diskuterats, nämligen "beroendeframkallande medel" och "berusningsmedel". Båda begreppen förekommer på olika områden i lagstiftningen. I de diskussioner där användning av begreppet berusningsmedel förordas har bl. a. hävdats att man därmed utesluter t. ex. tobak, te och kaffe, som kan betecknas som beroendeframkallande medel. Vidare har angetts att begreppet berusningsmedel hänför sig till det som är unikt med alkohol, narkotika och jämförbara medel, nämligen att de ger en berusning. Jag vill dock framhålla att man därigenom också utesluter sådana medel som inte har klassats som narkotika och som inte heller har den effekt som man i dagligt tal eller i medicinsk mening kallar berusande, men som är starkt beroendeframkallande. Jag kan i sammanhanget även erinra om att begreppet beroendeframkallande medel återfinns såväl i socialtjänstlagen som i lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Jag anser således att beroendeframkallande medel i detta sammanhang bättre beskriver vad som åsyftas och föreslår därför att det begreppet används.

4.3.2 Tidigare ingripanden

Mitt förslag: Tvångsvård skall kunna ges på ett tidigare stadium av missbruket och i mindre akuta skeden än vad som sker nu. För att betona detta skall för sådan vård inte längre krävas att behovet av vård för att komma ifrån missbruket skall vara trängande. Även uppenbara sociala skadeverkningar av missbruket skall beaktas vid bedömningen av om vård skall beslutas.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt (betänkandet s. 276–280).

Remissinstanserna: Av de remissinstanser som har behandlat dessa frågor tillstyrker de flesta beredningens förslag. Till dessa hör bl. a. socialstyrelsen, tre av de fem förvaltningsdomstolarna, de tre länsstyrelserna, JO, åtta av de nio kommunerna (fyra av dessa åtta kommuner har inte behandlat frågan om ordet trängande), Behandlingshemmens riksförbund, RNS och FMN. Länsrätten i Jämtlands län, som tillstyrker att en social indikation införs, är tveksam till att utmönstra ordet trängande ur lagtexten och anser att det därmed finns en risk för att man tar bort ett kriterium som avgränsar lagens tillämpning och utvidgar den utöver vad som åsyftats från

början. Länsrätten medger att ordet trängande möjligen kunnat leda tanken fel och eventuellt bör ersättas med något annat lämpligare uttryck, som klart ger vid handen att det är fråga om en speciell situation.

Av de remissinstanser som tillstyrker att en social indikation införs anser ungefär en tredjedel att utformningen av indikationen är alltför vag och således rättsosäker och att den därför bör ges en annan formulering.

Nio remissinstanser avstyrker förslagen, som de anser leder till en obefogad utvidgning av den grupp missbrukare som kan komma i fråga för tvångsvård. Dessa är länsrätten i Malmöhus län, Norrköpings kommun, SACO/SR, Föreningen Sveriges socialchefer, RFHL, ALRO, Verdandi och IOGT/NTO.

Två av remissinstanserna, TCO och LO, är tveksamma till förslagen och anser att dessa bör övervägas ytterligare.

Skälen för mitt förslag

Gällande regler

En förutsättning för vård enligt LVM är att missbrukaren till följd av ett fortgående missbruk av alkohol eller narkotika är i trängande behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och att hans vårdbehov inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller någon annan lag (2 §). Vidare krävs att den enskilde till följd av missbruket antingen utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara (3 § a) eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående (3 § b).

En viktig frågeställning när det gäller LVM är i vilket skede av missbruket som lagen kan användas. Skall man kunna ingripa på ett förhållandevis tidigt stadium, förutsatt att det rör sig om ett allvarligt missbruk, eller är det först när missbruket har pågått så länge att allvarliga skadeverkningar har börjat uppträda? I propositionen (prop. 1981/82:8) om LVM framhölls vissa uttalanden om detta som socialberedningen hade gjort i betänkandet (SOU 1981:7) LVM – Lag om vård av missbrukare i vissa fall. Föredragande departementschefen angav bl. a. (s. 39 f.) att socialberedningen hade understrukt att det inte krävdes att missbruket skulle ha hunnit manifestera sig i form av någon inträffad allvarlig skada och inte heller att man kunde konstatera ett beroende eller liknande tillstånd hos missbrukaren. Vidare hänvisade hon till socialberedningens ställningstagande att det är särskilt betydelsefullt att kunna ingripa snabbt för att motverka ett begynnande allvarligt missbruk hos ungdomar. Senare (s. 40) anförde dock föredraganden bl. a. följande.

Man skall, säger beredningen, objektivt kunna konstatera att missbrukarens fysiska eller psykiska tillstånd är sådant att han måste ha vård eller i vart fall måste iaktta avhållsamhet från alkohol eller narkotika för att inte allvarligt förvärra sitt tillstånd.

Det sistnämnda uttalandet, liksom vissa andra i lagens förarbeten, torde inte sällan uppfattas som ett stöd för att det för ett LVM-beslut krävs att missbruket har hållit på så länge att det redan har föranlett skador eller

sjukdom. Detta synes enligt socialberedningen i stor utsträckning ha blivit styrande för LVM:s tillämpning. Frånvaron av redan inträffade allvarliga hälsoskador har ofta ansetts omöjliggöra beslut om LVM-vård.

En annan fråga är om LVM är tänkt att tillämpas också i situationer som inte är helt akuta. Inte heller på denna punkt ger lagens förarbeten någon entydig vägledning. I LVM-propositionen underströk visserligen föredragande departementschefen (s. 44) att det inte behövde föreligga "ett akut behov av avgiftning" för att lagen skulle vara tillämplig. I propositionen gjordes emellertid samtidigt uttalanden som kan tolkas så att LVM borde ha en renodlat akut karaktär. När i propositionen preciseras i vilka lägen tvångsvård kan komma i fråga, talas det t.ex. om "uttalade krissituationer" (s. 43 f.).

Även i detta avseende har det visat sig att LVM har tillämpats restriktivt. I allt väsentligt har enligt socialberedningen de ingripanden som skett med stöd av lagen kommit att förbehållas situationer som måste beskrivas som akuta.

Förslag till förändringar

De som i dag bereds LVM-vård är, som jag nyss nämnt, huvudsakligen missbrukare i så sena stadier av missbruket att detta har orsakat påvisbara medicinska skador. Det innebär bl. a. att LVM i praktiken sällan används för att ingripa vid ett allvarligt missbruk i åldrarna närmast över 20 år, dvs. den period då missbruket och den sociala utslagningen ofta fördjupas och befästs. Jag anser därför, vilket jag strax återkommer till, att det är nödvändigt att göra vissa ändringar i grunderna för när vård skall kunna beredas för att klargöra att lagen kan användas i tidigare skeden av missbruket än vad som hittills ofta ansetts vara möjligt.

LVM har också främst använts när någon har hamnat i akuta, ofta livshotande, tillstånd till följd av sitt missbruk. Detta har ytterligare bidragit till att lagen i praktiken sällan används när det gäller missbrukare i åldrarna närmast över 20 år. Men detta har också betydelse för missbrukare som befinner sig i senare stadier av missbruket. Enligt uppgifter som socialberedningen har inhämtat tycks det sålunda inte sällan vara så att det anses omöjligt att aktualisera tvångsvård av en tung alkohol- eller narkotikamissbrukare, som återfaller i allvarligt missbruk kort tid efter t.ex. institutionsvård, på grund av att missbrukaren ännu inte har blivit tillräckligt nedgången på nytt. Han eller hon bedöms ännu inte vara "LVM-mässig". Lämpligheten av ett ingripande med stöd av LVM måste naturligtvis prövas från fall till fall och från situation till situation. Men att generellt inskränka lagens användningsområde så långt att socialtjänsten måste invänta att missbrukaren hamnar i ett helt akut läge eller till och med en ren nödsituation till följd av missbruket är enligt min mening inte rimligt. Jag avser därför att i det följande komma med förslag för att även i detta avseende klargöra att ingripande kan ske i mindre akuta skeden än vad som ofta görs i dag.

Med utgångspunkt i vad jag nu har anfört, övergår jag till att var för sig behandla de olika förutsättningarna för vård enligt LVM. Jag avser att i det

Fortgående missbruk

Med begreppet *fortgående missbruk* avses enligt förarbetena (prop. 1981/82:8 s. 74 f.) såvitt avser alkohol att missbruket skall ha en viss varaktighet. Det får inte röra sig om en tillfällig överkonsumtion även om den i något enskilt fall skulle kunna medföra en så allvarlig hälsorisk som avses i lagen. Missbruk som återkommer i perioder kan omfattas av lagen, om betingelserna i övrigt är uppfyllda. Med fortgående missbruk av narkotika avses i princip allt injektionsmissbruk samt dagligt eller så gott som dagligt missbruk oberoende av intagningssätt och medel.

Jag anser att dessa motivuttalanden fortfarande i allt väsentligt ger god vägledning när det gäller att bedöma vad som avses med att missbruk är fortgående. Tillämpande myndigheter har i allmänhet inte heller haft några problem med begreppet.

Enligt socialberedningen har emellertid domstolarna ibland ansett att ett fortgående missbruk inte föreligger när missbrukaren gjort ett uppehåll överstigande en månad. Jag anser, i likhet med beredningen, att man inte kan dra någon klar tidsgräns för hur långt ett uppehåll skall vara för att ett fortgående missbruk inte skall anses föreligga. Missbruket måste ses i ett längre tidsperspektiv och hänsyn måste bl. a. tas till vilken drog det är fråga om. Det ligger dock i sakens natur att ju längre ett uppehåll är, desto mindre blir behovet av att med tvång vårda missbrukaren.

Trängande behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk

Resonemangen i förarbetena kring begreppet *trängande* kan uppfattas som motsägelsefulla, men visar ändå att avsikten inte varit att genom detta begrepp ställa upp något krav på inträffad skada. Det skall föreligga en allvarlig missbruksbild som kräver kraftfulla och snabba insatser för att bryta en ogynnsam utveckling, men det krävs inte att missbruket har hunnit manifestera sig i någon inträffad allvarlig skada. Vidare framhålls (prop. 1981/82:8 s. 39 f.) att det är särskilt betydelsefullt att kunna ingripa snabbt för att motverka ett begynnande allvarligt missbruk hos ungdomar.

Föredragande departementschefen betonade i propositionen om LVM (s. 44) – mot bakgrund av tveksamhet hos vissa remissinstanser – att kravet på trängande behov av vård inte skulle uppfattas så snävt som remissinstanserna befarat, nämligen att det uttryckte ett krav på ett akut behov av avgiftning. Departementschefen höll med remissinstanserna om att ordet trängande kunde leda tanken fel och att de i 3 § särskilt angivna förutsättningarna i det enskilda fallet kunde vara tillräckliga för att uttrycka kravet på ingripandets nödvändighet. Hon var emellertid inte beredd att slopa ordet trängande i lagtexten, men förde i lagtexten in uttrycket trängande behov av vård *för att komma ifrån sitt missbruk* i syfte att markera att det inte behövde vara fråga om ett akut behov av avgiftning (s. 74).

Socialberedningen har konstaterat att ordet trängande – som befarades vid tillkomsten av LVM – kommit att i den praktiska tillämpningen leda tanken fel. Denna uppfattning delas också av en majoritet av remissinstanserna. I åtskilliga fall har ansökan om vård inte kommit till stånd eller har ansökan avslagits på den grunden att vårdbehovet inte bedömts som trängande. Det har varit fråga om mycket grava missbruksfall, men där missbrukaren – bl. a. på grund av sin ungdom eller drogens karaktär – ännu inte har fått sådana skador att behovet av medicinsk vård varit akut. Intygsutfärdande läkare tycks också ofta ha uppfattat kravet på trängande vårdbehov som ett krav på akut behov av avgiftning.

Jag instämmer i vad som anfördes vid tillkomsten av LVM, nämligen att det som förutsättning för vård skall föreligga en allvarlig missbruksbild som kräver snabba och kraftfulla insatser för att bryta en ogynnsam utveckling. Behovet av vård kan visa sig i form av ett akut behov av avgiftning, men behöver inte göra det. Behov av avgiftning är således inte ett krav för att tvångsvård skall kunna ske. Min uppfattning är att LVM borde möjliggöra ett tidigare ingripande än vad man utgått från i den praktiska tillämpningen i många fall, särskilt vid ett allvarligt missbruk hos de yngre av de vuxna missbrukarna. Erfarenheterna från tillämpningen av LVM visar dock att myndigheterna i många fall har tolkat lagen så, att förutsättningarna för tvångsvård inte är uppfyllda förrän missbrukaren har fått en allvarlig skada. Konsekvenserna av detta är betänkliga eftersom de allvarliga skador det rör sig om ofta är obotliga skador på lever, hjärna eller andra livsviktiga organ. Med hänsyn härtill talar starka skäl för att utmönstra rekvisitet trängande behov ur lagen.

Vissa remissinstanser befarar att lagens tillämpningsområde kan komma att utvidgas alltför mycket, om ordet trängande tas bort ur lagtexten. Jag hyser inte samma farhågor. Enligt min mening är de övriga villkor och specialindikationer som skall föreligga i det särskilda fallet tillräckliga för att uttrycka kravet på ingripandets nödvändighet. Jag föreslår därför att ordet trängande slopas.

Allvarlig fara för hälsan

Villkoret i 3 § a LVM att den enskilde till följd av missbruket *utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara* innebär enligt förarbetena (prop. 1981/82:8 s. 40) att det skall föreligga en medicinskt påvisbar hälso-risk för missbrukaren eller att, även om så inte är fallet, missbrukaren utsätter sin hälsa för allvarlig fara. Han underlåter t. ex. att äta eller löper risk att förolyckas eller frysa ihjäl. Man skall objektivt kunna konstatera att missbrukarens fysiska eller psykiska tillstånd är sådant att han måste ha vård eller i vart fall måste iaktta avhållsamhet från alkohol eller narkotika för att inte allvarligt förvärra sitt tillstånd. I propositionen slås vidare fast (s. 76) att utmärkande främst är att den enskilde till följd av ett okontrollerbart missbruk har råkat i eller riskerar att råka i en nödsituation som hotar hans hälsa och välfärd. Detta understryks genom kravet på allvarlig fara.

Det är uppenbarligen så att det är de rent medicinska hälsoriskerna som avses i 3 § a. Genom den starka betoningen härav i förarbetena till lagen

har LVM-ingripandena i stor omfattning kommit att begränsas till fall där medicinskt påvisbara skador kunnat konstateras. Det bör dock påpekas att bestämmelsen i 3 § a redan nu säger att det räcker med allvarlig fara för hälsan. En bestämmelse med den innebörden bör enligt min mening finnas kvar även i fortsättningen.

En social indikation

Under de år som nu har gått har det visat sig att den starka betoningen av den medicinska hälsoriskerna fått icke önskade konsekvenser. Den står också i motsats till de strävanden till en helhetssyn på individen som vunnit insteg inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Det är således inte möjligt att vid bedömningen av om missbrukaren utsätter sin hälsa för allvarlig fara alltid göra någon klar skillnad mellan skadeverkningar av social och av medicinsk natur. Den sociala situation som missbrukaren befinner sig i har naturligtvis betydelse när det gäller att avgöra om hans hälsa är utsatt för allvarlig fara. Det förhållandet att en heroinmissbrukande kvinna prostituerar sig eller att en ung T-spritmissbrukare lever under sådana förhållanden att han inte kan få eller behålla bostad och arbete ökar faran för hälsan. Det går inte att bortse från de sociala faktorerna vid bedömningen av de medicinska konsekvenserna av missbruket.

Som tidigare har konstaterats är den sociala utslagningen bland de yngre missbrukarna hårdare än förr och drabbar många redan innan de fyllt 30 år. Dessa missbrukare har i allmänhet inte fått något fäste på arbetsmarknaden. De försörjer sig på kriminalitet och bidrag. Undersökningar visar att dessa yngre missbrukare i allmänhet kan motiveras för behandlingsinsatser först när missbruket redan har lett till påtagliga medicinska och sociala skador.

Jag anser att LVM i sådana här fall måste kunna användas i ett skede då det ännu är möjligt att bryta den destruktiva utvecklingen. De sociala konsekvenserna av en livsföring som är helt ägnad åt missbruk är så förödande för en ung person att vård med tvång är befogad, om hans framtida utveckling står på spel. Samhället har ett ansvar för att en missbrukare under 20 år får vård enligt LVU om han utsätter sin hälsa eller utveckling för allvarlig fara och vården inte kan ges i frivilliga former. Det är där fråga om skadeverkningar såväl av medicinsk som social natur. Det är konstlat och inhumant att dra en så skarp gräns att man beträffande 21-åringen endast skall beakta de medicinska skadeverkningarna. I många fall när det gäller unga har ännu inte några allvarliga medicinska skadeverkningar kunnat konstateras, men missbruket är så omfattande att allvarliga sociala skadeverkningar är nära förestående. Härmed avses en sådan bristande anpassning till samhällslivet till följd av missbruket att den unge missbrukarens utveckling är i allvarlig fara. Missbruket dominerar hans livsföring och han kan inte längre upprätthålla normala sociala relationer. Han är på grund av missbruket nära att slås ut från utbildnings- eller arbetsmarknad och att stängas ute från ett normalt boende. Om man i sådana fall inte kan förmå missbrukaren till frivillig vård, är det enligt min

mening angeläget att han kan beredas vård innan situationen försämrats så att han dessutom ådragit sig allvarlig medicinsk skada.

När det gäller äldre alkoholmissbrukare är deras sociala utslagenhet ofta manifest. Behandlingsmålet är ofta i dessa fall att återföra missbrukaren till ett mindre riskutsatt liv. Det blir främst fråga om stödjande insatser och humanitär omvårdnad. Institutionsvård med tvång är för denna grupp ibland nödvändig för att bryta ett pågående missbruk som kan leda till skadeverkningar av medicinsk natur. Det ligger i sakens natur att hälsoaspekten dominerar och att hänsynen till den sociala utvecklingen inte alltid bör tillmätas lika stor vikt som beträffande unga. De äldre missbrukarna är emellertid inte någon homogen grupp. Även om en stor del av dem är s. k. kroniker, finns det naturligtvis också missbrukare med bättre social förankring. Också vid bedömningen av en sådan missbrukares behov av vård måste man enligt min mening ta större hänsyn till de sociala skadeverkningarna av ett ökande missbruk än vad som nu sker. Man kan inte se enbart till faran för den fysiska eller psykiska hälsan. Om någon till följd av missbruket uppenbarligen äventyrar sina levnadsförhållanden i övrigt, måste vård med stöd av LVM övervägas. LVM-vården framstår i detta fall som en sista utväg för att rädda det som alljämt finns kvar av anknytning till arbetsmarknad, bostad och relationer till anhöriga och annan omgivning än andra missbrukare.

En majoritet av remissinstanserna har ställt sig bakom socialberedningens synsätt kring och förslag om en social indikation. En tredjedel av dem har dock haft synpunkter på beredningens utformning av den sociala indikationen, "allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt", och ansett att rekvisitet är alltför allmänt hållet och att det därför kan komma att tolkas som tillämpligt i alltför vid utsträckning.

Även jag anser att det finns ett behov av en social indikation. Grunderna för att kunna bereda en missbrukare tvångsvård bör därför kompletteras med en bestämmelse som tar sikte på missbrukets sociala skadeverkningar. Flera remissinstanser anser att beredningens förslag beträffande den sociala indikationen behöver preciseras. Det möter dock betydande svårigheter att i lagtext ge kortfattat uttryck för vad som åsyftas. Jag anser emellertid att det är möjligt att i viss mån skärpa det rekvisit som beredningen har föreslagit.

Jag föreslår därför att det sociala rekvisitet för vård enligt LVM skall gälla den som till följd av missbruket uppenbarligen äventyrar sina levnadsförhållanden i övrigt. Det förutsätts naturligtvis också att övriga förutsättningar för tvångsvård är uppfyllda.

Mitt förslag innebär att det, liksom nu, är den enskildes behov av vård som skall vara avgörande. Vid en sådan bedömning är det varken möjligt eller lämpligt att bortse från den enskildes totala livssituation.

Socialstyrelsen har i sitt remissvar förklarat att styrelsen med särskild uppmärksamhet kommer att följa tillämpningen av lagen såvitt avser den sociala indikationen, om förslaget antas av riksdagen.

Mitt förslag: Den nuvarande bestämmelsen om skyddet för närstående behålls oförändrad. Tillämpningsområdet utvidgas inte till andra än närstående och inte heller för att skydda omgivningen mot HIV-smittade missbrukare.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt (betänkandet s. 266–268 och 280–286).

Remissinstanserna: Majoriteten av de remissinstanser som har tagit ställning i frågan tillstyrker att bestämmelsen om skyddet för närstående behålls oförändrad i lagen. Några anser att kriteriet bör utmönstras ur lagen och motiverar sitt ställningstagande med att skyddet för missbrukarens närstående bör tillgodoses genom bestämmelserna i brottsbalken. Fem remissinstanser anser att skyddet bör omfatta även andra än närstående.

Majoriteten av de remissinstanser som har tagit ställning i frågan anser att LVM:s tillämpningsområde inte bör utvidgas för att skydda omgivningen mot HIV-smitta.

Skälen för mitt förslag: Enligt de regler som nu gäller (3 § b) kan den som är i trängande behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk beredas vård oberoende av eget samtycke om han till följd av missbruket kan befaras komma att allvarligt skada någon närstående.

Nyktervårdslagen innehöll – liksom lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall gör nu – mer vittgående bestämmelser om skydd för andra än LVM. I båda fallen anges att någon är ”farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa”. Socialberedningen ansåg år 1981 att en motsvarande regel inte borde tas in i LVM, eftersom LVM är avsedd att tillgodose missbrukarens eget behov av vård i vissa situationer. Beredningen föreslog i stället ett mera begränsat skydd som skulle inskränka sig till missbrukarens familj. Skäl för detta var bl. a. att misshandel i hemmen vid den tidpunkten inte föll under allmänt åtal.

Föredragande departementschefen framhöll (prop. 1981/82:8 s. 45) att regler om allmänt åtal för misshandel på privat plats inom kort skulle komma till stånd. Detta gav ökade möjligheter till ingripanden inom det straffrättsliga systemet. Hon erinrade emellertid om att detta förutsatte att ett åtalbart brott hade begåtts. Möjligheterna till ingripanden innan skadan är skedd var, även vid en ändring av åtalsreglerna, mycket begränsade enligt brottsbalken i jämförelse med den föreslagna LVM. Det erinrades vidare om att anhöriga i praktiken ofta inte hade något skydd av den straffrättsliga regleringen. Det fanns därför skäl att när det gäller anhöriga medge vård utan samtycke för att förhindra skador hos annan än missbrukaren själv.

Den lagändring som departementschefen förutskickade i propositionen trädde i kraft den 1 januari 1982, dvs. samtidigt med LVM. Ändringen innebär att åtal kan väckas för bl. a. misshandel och olaga hot inom hemmet utan att målsäganden anger brottet till åtal.

I diskussionen efter LVM:s tillkomst har olika uppfattningar förts fram

när det gäller frågan om LVM bör inrymma ett skydd för annan än missbrukaren själv och hur omfattande ett sådant eventuellt skydd bör vara. Somliga har argumenterat för att närståendeskyddet skall slopas i syfte att ytterligare renodla LVM:s karaktär av vårdlagstiftning. Andra har velat återgå till ett vidgat skydd som skulle omfatta inte bara missbrukarens närstående utan också hans omgivning i övrigt. Ytterligare andra har menat att den nuvarande lösningen är väl avvägd och bör bibehållas även i framtiden.

Dessa åsiktsskillnader har också kommit till uttryck under remissbehandling, även om majoriteten av remissinstanserna förordar att lagen även i fortsättningen bör inrymma ett skydd endast för närstående.

Riksdagen har också vid flera tillfällen behandlat och under hänvisning till socialberedningens arbete avslagit motioner rörande skyddet för missbrukarens omgivning. Socialutskottet yttrade i betänkandet SoU 1983/84:30 s. 29 bl. a. följande.

Problemet hur man skall skydda människor mot att skadas till följd av någon annans missbruk är komplicerat. Utskottet anser för sin del att det finns behov av ett sådant lagstadgat skydd i någon form. Brottsbalken ger inte tillräckligt skydd i alla de fall som här kan bli aktuella. Bl. a. är möjligheterna att ingripa innan någon allvarlig skada inträffat begränsade. Följderna härav kan bli tragiska, inte minst för missbrukaren själv. Frågan är emellertid om dessa problem bör lösas inom ramen för en vårdlag av LVM:s karaktär eller om komplettering bör ske av annan lagstiftning. Som utskottet tidigare framhållit är det därför angeläget att socialberedningen belyser samtliga lagregler som är av betydelse i sammanhanget liksom sambandet mellan andra regler och LVM. Utskottet utgår från att beredningen kommer att ägna denna fråga särskild uppmärksamhet.

Socialberedningen konstaterar att närståendeskyddet har kommit till mycket begränsad användning som enda grund för beslut om vård enligt LVM. Under åren 1984–1986 åberopades faran för närstående i 4–6 % av samtliga ansökningar om vård. Detta skulle i och för sig kunna tala för att rekvisitet nu kunde avvaras. En sådan slutsats framstår emellertid som förhastad. Den betydligt större förekomsten av närståendegrunden vid omedelbara omhändertaganden (15–20 %) talar för att rekvisitet faktiskt är uppfyllt i ett större antal fall än statistiken visar.

Att fara för närstående betydligt oftare finns med vid det akuta ingripandet än när anmälan eller ansökan om vård lämnas in kan naturligtvis bero på att denna fara vid en närmare bedömning inte har ansetts föreligga eller inte har ansetts vara tillräckligt allvarlig. Det kan emellertid också bero på att länsstyrelserna och länsrätterna av hänsyn till risken för repressalier mot den nära anhörige använder någon annan grund för ansökan eller vårdbeslutet om det är möjligt. De uppgifter som beredningen har erhållit från olika länsstyrelser talar för att den sistnämnda förklaringen är minst lika viktig som den förstnämnda.

Det finns mot denna bakgrund skäl att tro att åtskilliga ingripanden som i dag görs med stöd av LVM i akuta situationer – och som i många fall leder till LVM-vård under åberopande av enbart faran för missbrukaren själv – inte skulle komma till stånd om närståendeskyddet togs bort. Följden

skulle därmed bli att skyddet för missbrukarens familj skulle minska betydligt. Enligt min mening visar beredningen på ett övertygande sätt att detta skyddsbehov inte fullt ut kan tillgodoses inom ramen för annan lagstiftning.

Tillgängliga undersökningar visar på ett utbrett våld mot kvinnor i hemmen. Det är också väl dokumenterat att en mycket stor del av de inblandade i våldsbrott är alkoholpåverkade. Genom ändringen år 1982 av åtalsreglerna vid misshandel på enskild plats har möjligheterna till straffrättsliga ingripanden visserligen förbättrats. Det är dock otvivelaktigt så att ett straffrättsligt ingripande ofta inte framstår som någon framkomlig väg för en anhörig som är känslomässigt bunden till en missbrukare. Många kvinnor känner ett starkt motstånd mot att ange sin man för polisen med efterföljande utredning, rättegång och eventuell fängelsedom. Motståndet kan också ha sin grund i kvinnans rädsla för sitt eller barnens liv. Situationen för den anhörige kan ju förvärras ytterligare, om missbrukaren efter anmälan inte häktas utan i frihet får fortsätta sitt missbruk och aggressiva beteende. Om en anhörig anmäler en missbrukare hos socialnämnden för LVM-vård under åberopande av närstående-grunden, framstår hennes ställning som mindre utsatt. Hon kan för sig själv och andra motivera åtgärden med omtanke om missbrukaren.

En ännu viktigare skillnad mellan straffrättsliga åtgärder och LVM-vård är att skyddet enligt LVM för närstående föreligger redan vid fara för allvarlig skada. Det behöver inte redan ha uppkommit skada för att LVM skall bli tillämplig. Straffrättsliga ingripanden förutsätter ett fullbordat brott eller ett åtalbart försök till brott. Brottsbalkens regler är därför inte tillräckliga för att skydda anhöriga från ett ofta på goda grunder befarat allvarligt våld. I sådana fall, i vilka konsekvenserna av våldet kan bli lika tragiska för missbrukaren som för offret, ter det sig naturligt med möjligheten till LVM-vård för missbrukaren.

Jag anser av dessa skäl att skyddet för närstående bör behållas som grund för LVM-vård.

Att bibehålla närståendeskyddet innebär onekligen ett visst avsteg från principen om LVM som en vårdlagstiftning. Detta avsteg – som knappast kan beskrivas som betydande – måste emellertid vägas mot de risker som ett minskat skydd skulle innebära för många familjer. Enligt min uppfattning väger den senare aspekten tyngre än den förra.

Jag har däremot inte funnit tillräckliga skäl för att vidga skyddet till att omfatta även andra än de närstående. Visserligen utsätter många missbrukare även andra i sin omgivning för våld, hot om våld eller annan fara. Dessa utomstående befinner sig emellertid som regel i en avsevärt mindre utsatt situation i förhållande till missbrukaren än vad hans närmaste gör.

Dessutom skulle en vidgning från den begränsade personkrets som missbrukarens familj utgör till i princip alla i hans omgivning, innebära ett betydande avsteg från principen om LVM som en vårdlagstiftning. Jag har därför stannat för att LVM:s tillämpningsområde inte bör utvidgas till att omfatta även det fall då någon till följd av missbruket kan befaras komma att allvarligt skada någon annan än sina närstående. Möjligheterna till straffrättsligt ingripande med stöd av bl. a. bestämmelser i brottsbalken om olaga hot får här anses tillräckliga.

En annan fråga i sammanhanget är om det finns behov av att utvidga LVM:s tillämpningsområde för att skydda omgivningen mot HIV-smittade narkotikamissbrukare. Som en särskild specialindikation för vård skulle då medtas att någon till följd av sitt missbruk genom smitta av HIV utsätter andra för allvarlig fara. Jag har stannat för att en sådan utvidgning inte är nödvändig eller lämplig. Smittskyddet måste enligt min mening primärt tillgodoses genom smittskyddslagstiftningen. Att uttryckligen bygga in smittskyddsfunktionen i LVM:s rekvisit för vård skulle innebära att LVM:s karaktär av vårdlag till en del går förlorad.

Jag återkommer till frågan om förhållandet mellan LVM och smittskyddslagstiftningen i specialmotiveringen till den föreslagna 4 § LVM.

Begreppet närstående innefattar inte ett ofött barn. Frågan om hur LVM bör tillämpas beträffande gravida kvinnor med allvarliga missbruksproblem har behandlats i olika sammanhang. Socialberedningen tog upp frågan i betänkandet (Ds S 1981:6) Åtgärder mot missbruk under graviditet. Vid riksdagsbehandlingen av propositionen om LVM (prop. 1981/82:8) behandlades saken utförligt av socialutskottet i betänkandet SoU 1981/82:22 s. 15–17. Senast har utredningen (Ju 1981:04) om det ofödda barnet tagit upp frågan i betänkandet (SOU 1987:11) Skydd för det väntade barnet 1. Åtgärder vid missbruk m. m. under graviditet.

Den sistnämnda utredningen konstaterar bl. a. att förutsättningarna för vård enligt LVM är uppfyllda i många fall när kvinnans missbruk är så allvarligt att hon utsätter sin hälsa för allvarlig fara. Det kan emellertid enligt utredningen inte uteslutas, att situationer förekommer, där kvinnans missbruk inte är så allvarligt att ett ingripande med stöd av LVM i dess nuvarande lydelse kan komma i fråga, men där likväl en fara kan föreligga för det väntade barnets hälsa. Utredningen har därför övervägt om LVM bör ändras så att ett tvångsingripande mot kvinnan skulle kunna ske även vid mindre allvarligt missbruk till skydd för det ofödda barnet. Utredningen har dock funnit flera skäl som talar emot en sådan lagändring. Utredningen anför bl. a. (s. 85).

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

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

Vidare bör beaktas att ett tvångsingripande till skydd för fostret som regel måste initieras av de myndigheter vars främsta uppgift är att hjälpa och stödja den gravida kvinnan. Det blir alltså i detta sammanhang i första hand MVC som får anmäla behovet av ett tvångsingripande till länsstyrelsen. Om mödrahälsovården får en sådan skyldighet finns det en påtaglig risk att detta kan skrämja kvinnor i farozonen från att vända sig dit. Detta

skulle i sin tur medföra att möjligheterna att hjälpa dessa kvinnor med frivilliga åtgärder skulle kunna minska, vilket skulle vara till stort förfång för den utveckling som synes vara på väg.

Prop. 1987/88:147

Utredningens betänkande har remissbehandlats och bereds för närvarande i socialdepartementet. Jag är mot den bakgrunden inte beredd att nu ta ställning i denna fråga. Jag vill dock erinra om att det vid ett mera omfattande missbruk under graviditet är möjligt att tillämpa LVM om indikationerna för vård enligt lagen är uppfyllda och om att mina förslag i övrigt bl. a. innebär en viss vidgning av dessa indikationer.

4.3.4 Samhällets skyldighet att ingripa

Mitt förslag: Lagen blir, till skillnad från nu, obligatoriskt tillämplig om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt (betänkandet s. 368 f.).

Remissinstanserna: Majoriteten av de remissinstanser som har tagit ställning i frågan tillstyrker beredningens förslag.

Skälen för mitt förslag: En av förutsättningarna för vård enligt LVM är att möjligheterna att tillgodose missbrukarens behov av vård i frivilliga former är uttömda. Regeln om frivilligvårdens företräde bör, som framhölls i propositionen om LVM (prop. 1981/82:8 s. 42), främst ses som en erinran om att alla möjligheter till insatser i samförstånd med den enskilde skall övervägas och befinnas otillräckliga innan vård med stöd av LVM tillgrips.

Detta innebär inte att frivillig vård automatiskt skall väljas om missbrukaren samtycker till sådan vård. Beslut om vård enligt LVM kan meddelas oberoende av den enskildes samtycke. Även när ett samtycke till behövlig vård föreligger, måste man göra en bedömning av om samtycket framstår som realistiskt. Man kan ibland ha anledning att anta att samtycket inte är allvarligt menat, t. ex. därför att missbrukaren tidigare har avbrutit frivillig vård.

Regeln om frivilligvårdens företräde innebär inte heller ett krav på att frivillig vård skall ha prövats och misslyckats innan ett beslut om tvångsvård kan fattas. Missbrukarens hälsotillstånd kan redan när ärendet kommer till socialtjänstens kännedom vara sådant att han behöver omedelbar vård. Det räcker då med bedömningen att det framstår som orealistiskt att tillgodose vårdbehovet i frivilliga former.

I det avseendet föreslår jag ingen ändring. Vård enligt LVM skall även i fortsättningen kunna ges oberoende av samtycke. Jag anser emellertid att LVM bör bli obligatoriskt tillämplig om möjligheterna till frivillig vård är uttömda och om förutsättningarna för tvångsvård i övrigt är uppfyllda. Så är det inte i dag. Missbrukaren *kan* beredas vård enligt lagen men någon skyldighet att besluta om tvångsvård föreligger inte.

Jag anser att det måste framgå klart av lagen att samhället har en skyldighet att ingripa om missbrukaren eller hans närstående befinner sig i en så utsatt situation som lagen anger och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på annat sätt. Detta bör ske genom att lagen ändras så att det framgår att tvångsvård *skall* beslutas om förutsättningarna för sådan vård är uppfyllda.

Enligt min mening är det inte tillräckligt, som några remissinstanser anfört, att socialtjänstens ansvar för att missbrukare får behövlig vård framgår av 11 § socialtjänstlagen.

Det kan inte heller, som framförts från något håll under remissbehandlingen, vara ett hinder för en lagändring att antalet ansökningar om tvångsvård kan öka med åtföljande kostnadsökningar för kommunerna, om lagen blir tvingande.

Det bör observeras att lagen, även med de föreslagna ändringarna av grunderna för vård, kommer att avse endast sådana situationer där missbruket är så omfattande att allvarliga medicinska eller sociala skadeverkningar är nära förestående. Utebliven vård i de situationer som lagen anger kan således leda till att missbrukaren dör, ådrar sig obotliga medicinska skador eller slås ut socialt. Det är enligt min mening uppenbart att samhället i en sådan situation bör ha en skyldighet – och inte bara en befogenhet – att se till att missbrukaren får behövlig vård. Jag anser att det inte kan accepteras att man i de allvarliga situationer som här avses kan avstå från att ansöka eller besluta om tvångsvård med hänvisning till bristande resurser.

Den föreslagna lagändringen bör inte heller, som några remissinstanser befarar, innebära att socialtjänsten inte kan ge det ofta mödosamma och tidskrävande motivationsarbetet det utrymme det behöver. Utgångspunkten för bedömningen i de situationer tvångsvård kan komma i fråga måste även i fortsättningen vara att missbrukarens frivilliga medverkan i vården är så angelägen att man måste göra stora ansträngningar att få till stånd en vård som han inte motsätter sig.

Erfarenheterna visar också att motivationen är påverkbar. Det motstånd som många missbrukare visar inför att påbörja vård och behandling kan ofta övervinnas genom ett målmedvetet och engagerat motivationsarbete. Målet för ett sådant arbete är att skapa förtroende hos missbrukaren för behandlingen och tilltro till hans egna möjligheter att ta sig ur missbruket. Det ligger i sakens natur att motivationsarbetet i allmänhet måste spänna över en viss tid för att ge resultat.

Den föreslagna lagändringen utgör i de allra flesta fall inget hinder för en sådan inriktning av arbetet. Förutsättningen är emellertid att missbrukaren inte under tiden utsätter sig för mycket stora risker genom ett fortsatt missbruk. Dessa risker varierar från individ till individ och hänger bland annat samman med missbrukarens fysiska och psykiska tillstånd, hur destruktivt hans missbruk är och hur han lever i övrigt. Det är ofrånkomligt att riskerna för missbrukarens liv och hälsa i vissa situationer är så stora att en väntan på att klientens motivation skall infinna sig inte kan försvaras om inte motivationsarbetet leder till snabb framgång.

Mitt förslag: Länsstyrelsen skall även i fortsättningen ha ansvaret för utredning och ansökan i ärenden om vård enligt lagen. Länsstyrelsen skall dock anlita socialnämnden för själva utredningsarbetet.

Socialnämnden skall lämna länsstyrelsen en redogörelse för missbrukarens förhållanden och för tidigare vidtagna och för planerade åtgärder. I samband med att redogörelsen upprättas skall en tjänsteman hos nämnden utses som skall svara för kontakterna med missbrukaren och med olika vårdgivare.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt (betänkandet s. 293–301).

Remissinstanserna: Beredningens förslag i denna del har fått ett blandat mottagande. Tolv av remissinstanserna tillstyrker beredningens förslag, bl.a. domstolsverket, socialstyrelsen, riksrevisionsverket, tre förvaltningsdomstolar, två länsstyrelser och en av kommunerna.

JO förordar en något annorlunda lösning. JO anser, i likhet med beredningen, att länsstyrelsen bör ha ansvaret för ansökan till länsrätten, men finner det mer ändamålsenligt att socialnämnden har ansvaret för den utredning som skall ligga till grund för beslutet om vård enligt LVM.

Nio av remissinstanserna avstyrker beredningens förslag och anser att den nuvarande ansvarsfördelningen bör ligga fast. Dessa är fyra kommuner, TCO, Föreningen Sveriges socialchefer, RFHL, ALRO och Verdandi.

Elva remissinstanser avstyrker beredningens förslag och förordar att socialnämnden får det fulla ansvaret för utredning och ansökan om vård enligt LVM. Till dessa hör bl.a. statskontoret, länsstyrelsernas organisationsnämnd, länsrätten i Malmöhus län, fyra kommuner och SACO/SR.

Tre remissinstanser, Svenska kommunförbundet, LO och FMN, är tveksamma till förslaget. Kommunförbundet påpekar bl.a. att beredningens förslag innebär att två instanser får ansvaret för utredningen. Enligt förbundet "är ett renodlat ansvar på en hand att föredra".

Åtta remissinstanser behandlar inte förslaget.

Skälen för mitt förslag

Gällande regler

Länsstyrelsernas sociala funktion har sedan den 1 januari 1984 haft uppgiften att utreda och ansöka om vård enligt LVM samt att föra talan inför rätten. Under åren 1982 och 1983 utfördes dessa uppgifter övergångsvis av socialnämnderna.

Myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare är skyldiga att anmäla till länsstyrelsen om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM. En motsvarande skyldighet åligger under vissa förutsättningar även läkare. Anmälningar

kommer i första hand från socialnämnderna men även från polis, skyddskonsulenter och läkare. Såsom länsrätten i Stockholms län har påpekat initieras anmälningarna från socialnämnden och polisen tämligen ofta av en anhörig eller t. ex. en granne som vänder sig till myndigheten. Anhöriga och andra vänder sig inte sällan direkt till länsstyrelsen i syfte att få vård till stånd.

Har länsstyrelsen genom anmälan fått kännedom om ett misstänkt missbruksfall, gör länsstyrelsen en utredning. Socialnämnden och andra anmälningspliktiga myndigheter är därvid skyldiga att lämna alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredningen. En läkarundersökning ingår som ett led i utredningen. Om länsstyrelsen efter utredningen anser att det finns skäl att bereda någon vård enligt LVM, skall länsstyrelsen ansöka om vård hos länsrätten. Ansökan skall innehålla en redogörelse för missbrukarens förhållanden och tidigare vidtagna åtgärder. Länsstyrelsen skall också ange den vård som länsstyrelsen anser behövlig, var vården bör påbörjas och i vilket hem intagning kan ske. Denna redogörelse för den planerade vården förutsätter att samråd sker med socialnämnden.

Om länsrätten finner att missbrukaren skall beredas vård föranstaltar socialnämnden om verkställighet av rättens beslut. Det ankommer således på socialnämnden att göra en ansökan till den som har att föranstalta om intagning i ett hem för vård eller boende. Beslut om intagning fattas av den som förestår vården vid hemmet.

Länsstyrelsens roll

Frågan om vilket samhällsorgan som skall ha ansvaret för uppgiften att utreda och ansöka om vård enligt LVM var en av de mest kontroversiella frågorna när lagen arbetades fram. Remissutfallet på socialberedningens förslag i denna fråga visar att uppfattningarna om vilken lösning som är mest ändamålsenlig fortfarande går starkt isär.

Från olika håll förordas att ansvaret för utredning och ansökan återförs till socialnämnderna. Flera remissinstanser anser att kraven på rättssäkerhet och enhetlig tillämpning väl kan tillgodoses genom prövningen i länsrätten och genom den tillsyn länsstyrelsen utövar över socialnämnderna och vårdinstitutionerna. Därutöver framhålls att det inte bör ankomma på ett statligt organ att handlägga den här typen av individärenden. I stället bör man renodla länsstyrelsernas tillsynsuppgift och rådgivande funktion. Andra skäl som åberopas gäller effektiviteten. Länsstyrelsens utredningar sägs ha inneburit dubbelarbete och en fördröjning av behövliga insatser. Från bl. a. kommunalt håll framhålls att socialnämndens övergripande ansvar för att missbrukare får vård borde stärkas genom ett ansvar också för utredning och ansökan om LVM-vård.

Jag anser emellertid att de argument som i motiven till LVM anfördes för länsstyrelsens roll i LVM-handläggningen fortfarande är bärande. Man måste slå vakt om en enhetlig rättstillämpning när det som här gäller tvångsåtgärder. Även om det slutliga avgörandet vilar på domstolen, kan socialnämndernas olika utgångspunkter och prioriteringar leda till att det i vissa kommuner blir vanligare med tvångsvård än i andra. Av rättssäker-

hetsskäl är det bättre att någon annan än socialnämnden bedömer när möjligheterna att vidta förebyggande och frivilliga åtgärder är uttömda. Det är bättre om en utomstående myndighet prövar kvaliteten på insatserna. Härigenom får den enskilde en ytterligare prövning av ärendet innan det eventuellt förs till domstol. Resultatet kan bli en jämnare standard på den frivilliga vården. Det är också viktigt att signaler från andra myndigheter, som kommer i kontakt med missbrukare, fångas upp och kontrolleras av en utomstående myndighet. Skyddskonsulenter, polis eller läkare kan ha en uppfattning om vårdbehovet som avviker från socialnämndens. Det är bra att länsstyrelsen får tillfälle att granska även sådana fall som av olika anledningar inte har förts fram i socialnämnden. Det kan i detta sammanhang noteras att ansökningarna om vård ökade från drygt 900 per år under åren 1982 och 1983 då ansvaret för ansökan låg hos socialnämnden till ca 1 300 per år under åren 1984 och 1985 då länsstyrelsen hade ansvaret.

Vad som nu anförts har särskild betydelse mot bakgrund av mina förslag om ändringar av kriterierna för LVM-vård i syfte att möjliggöra ingripanden även i tidigare och i mindre akuta skeden av missbruket än vad som hittills har skett. Inte minst ställer förslaget om att även missbrukets sociala skadeverkningar skall beaktas stora krav på de myndigheter som har att handlägga frågor om beredande av vård. Det är därför angeläget att det finns ett regionalt organ som kan leda tillämpningen mot större enhetlighet och en mer kvalificerad prövning.

Det finns således starka skäl som talar för att länsstyrelsen också fortsättningsvis ansvarar för utredning och ansökan till länsrätten. Härtill kommer betydelsen av att befattningshavarna hos berörda myndigheter får arbetsro att utföra sina viktiga arbetsuppgifter. Socialnämnderna har nyligen befriats från uppgiften att ansöka om vård och föra talan i domstolarna. Att efter kort tid åter ge dem denna uppgift förefaller olämpligt. Jag anser således att länsstyrelsen skall behålla ansvaret för utredning och ansökan om vård.

Socialnämndens roll

Jag anser emellertid att socialnämnden bör spela en aktivare roll under utredningsarbetet. Detta skall bl. a. ses mot bakgrund av att de farhågor som vid tillkomsten av lagen uttrycktes för dubbelarbete hos myndigheterna i viss mån har besannats. Det är otvivelaktigt så att länsstyrelsen i många fall gör en egen utredning samtidigt som socialnämnden tidigare har utrett samma sak.

Vissa remissinstanser befärar att missbrukarens förtroende för socialtjänsten rubbas om dess företrädare medverkar aktivare i utrednings- och beslutsprocessen. Dessa farhågor bör emellertid inte överdrivas. I praktiken torde det vara så att socialtjänsten redan nu som regel är involverad, dels genom att frågan om tvångsvård ofta aktualiseras efter anmälan från socialtjänsten, dels genom att behandlingsansvarig socialsekreterare ofta hörs vid den muntliga förhandlingen i länsrätten, eftersom vederbörande är den som bäst känner missbrukaren och hans förhållanden.

I sammanhanget bör 50 § socialtjänstlagen uppmärksammas. Enligt den-

na bestämmelse skall socialnämnden utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Detta innebär enligt motiven (prop. 1979/80:1, del A s. 400 och 562) att nämnden skall inleda en utredning oberoende av det sätt (t. ex. genom anmälan från enskild person, myndighet, egen socialtjänsteman eller nämndledamot) på vilket kännedom erhållits om de sakförhållanden som påkallar den. Om socialnämnden är handlingspliktig enligt socialtjänstlagen eller andra författningar, måste utredning inledas om någon åtgärd från nämndens sida bedöms kunna komma i fråga.

I många fall har socialnämnden aktualiserat LVM-vård hos länsstyrelsen. Missbrukaren har varit känd för socialnämnden och socialnämnden har efter en egen utredning funnit att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller annan lag. Socialnämnden har därför anmält ärendet till länsstyrelsen.

I andra fall kan ärendet ha aktualiserats hos länsstyrelsen genom en anmälan enligt 30 § LVM från någon annan myndighet än socialnämnden. Ibland är missbrukaren i sådana fall okänd för socialnämnden. När det gäller narkotikamissbrukare är dessa ofta kända hos andra myndigheter, främst kriminalvården, men inte hos socialnämnden. När socialnämnden av länsstyrelsen uppmärksammas på en sådan för nämnden tidigare okänd missbrukare, åligger det nämnden i enlighet med 11 § socialtjänstlagen att undersöka vilket stöd och hjälp nämnden kan bistå med. Socialnämnden måste göra en utredning för att utröna detta. Inte minst viktigt är det att socialnämnden undersöker om frivilliga insatser kan ersätta tvångsvård.

Socialnämnden har således redan nu ett eget utredningsansvar när det gäller de missbrukare som är aktuella i LVM-ärendena. Det är därför enligt min mening naturligt att socialnämnden även utför den egentliga utredningen på länsstyrelsens uppdrag. Förslaget medför en skyldighet och därmed en möjlighet för socialnämnden att tidigt etablera en kontakt med missbrukaren. Detta ökar förutsättningarna för att socialnämnden skall kunna planera och genomföra egna insatser för missbrukaren.

Av motiven till LVM (prop. 1981/82:8 s. 89 f.) framgår att socialnämnden måste agera aktivt redan under utredningstiden. Det är t. ex. under denna tid som en särskild kontaktman skall utses hos nämnden. Utredningstiden är också betydelsefull när det gäller planeringen av den vård som skall följa på ett eventuellt LVM-beslut. Nu gällande lagstiftning (5 och 13–15 §§) förutsätter att en planering av vården sker. Det sägs emellertid inte direkt i lagtexten. Enligt min mening bör socialnämndens ansvar i detta hänseende förtydligas. Vidare bör nämndens skyldighet att utse en tjänsteman som skall svara för kontakterna med missbrukaren och med olika vårdgivare redan under utredningstiden slås fast i lagtexten.

Det bör vara en uppgift för kontaktmannen att upprätta planen. Planen bör innehålla bl. a. en redovisning av det stöd och den behandling som socialtjänsten planerar under vårdtiden. Planen måste grunda sig på en bedömning av vilket behov av stöd och behandling som föreligger. Det ligger i sakens natur att en långtgående konkretisering av planen inte är möjlig i detta skede.

Jag föreslår alltså att ansvaret för utredning och ansökan fortfarande skall ligga hos länsstyrelsen. Däremot bör av de skäl som jag nyss har anfört själva utredningsarbetet utföras av socialnämnden. Denna uppdelning innebär att det är socialnämnden som skall samla in och redovisa uppgifter om missbrukarens aktuella sociala situation, hans missbruksmönster och tidigare vårdinsatser. Socialnämnden skall också redovisa vilka insatser nämnden planerar att genomföra för den enskilde och ange vem hos socialförvaltningen som skall vara den enskildes kontaktman. Socialnämnden står således enbart för insamlandet av faktaunderlaget, medan det är länsstyrelsen som svarar för bedömningen av behovet av LVM-vård. Det är länsstyrelsen som i sin ansökan skall ange vilka grunder för tvångsvård som är tillämpliga.

Myndigheter och läkare som kommer i kontakt med missbrukare bör även i fortsättningen vara skyldiga att göra en anmälan till länsstyrelsen om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM. Länsstyrelsen bör ha befogenhet att begära utredning från socialnämnden. Länsstyrelsen bör också besluta om läkarundersökning och utse en läkare för undersökningen. Om länsstyrelsen inte är nöjd med socialnämndens utredning, får komplettering begäras i de avseenden som brister. Om länsstyrelsen anser att det är nödvändigt med en egen personlig kontakt med missbrukaren, bör det naturligtvis ske. Länsstyrelsen bör som i dag göra en självständig bedömning av ärendet och eventuellt ansöka om vård hos länsrätten. Socialnämnden bör inte själv kunna göra ansökan eller föra talan i länsrätten. Länsstyrelsen bör som nu driva processen i domstolarna.

För socialnämndens del torde utförandet av utredningen normalt inte leda till någon avsevärt ökad arbetsbörda. Kontakten med missbrukaren är ofta redan etablerad. Flera försök till vård i öppna former har oftast skett. Ofta blir det enbart fråga om att sammanställa redan gjorda anteckningar samt tillföra missbrukarens egna synpunkter och förslag. Om utredningsmaterial beträffande missbrukaren inte redan finns hos socialnämnden, måste socialnämnden emellertid göra en ny utredning. Denna kan då ligga till grund för såväl länsstyrelsens ställningstaganden i fråga om LVM-ansökan som för bedömningen av socialnämndens egna insatser för missbrukaren.

Särskilt om läkarintygen

När länsstyrelsen ansöker om vård skall enligt 5 § LVM, om inte synnerligt hinder möter, bifogas ett läkarintyg som anger missbrukarens aktuella hälsotillstånd.

Det har från olika håll hävdats att läkarintyget har fått en alltför stor betydelse vid bedömningen av om någon skall beredas vård enligt LVM.

Frågan om läkarintygets betydelse och utformning har tagits upp av JO i ett beslut den 15 augusti 1986 (JO:s dnr 3240—1985). En socialnämnd hade vänt sig till JO i ett ärende där länsstyrelsen på grund av läkarintygets innehåll skrivit av ärendet utan att ansöka om vård eller göra en fortsatt utredning. JO var i sitt beslut kritisk mot länsstyrelsens sätt att handlägga

ärendet. JO ifrågasatte också om inte läkarintyget borde ges en annan utformning. Enligt JO har kravet på läkarintyg tillkommit i den avsikten att komplettera utredningen vid länsstyrelsen med en redogörelse för missbrukarens aktuella hälsotillstånd främst med avseende på hans behov av somatisk eller psykiatrisk vård. Däremot, anförde JO, har avsikten inte varit att läkaren på det begränsade utredningsmaterial som står honom till buds, skall göra en fullständig bedömning av om förutsättningar för vård enligt LVM föreligger.

Företrädare för länsstyrelser som socialberedningen varit i kontakt med har bekräftat att man endast i undantagsfall gör en ansökan om vård, om läkaren i intyget inte angett att samtliga förutsättningar för vård enligt LVM är uppfyllda.

Även läkarexpertis som beredningen har konsulterat har ansett att läkarutlåtandet i LVM-ärenden rutinmässigt tillmäts en alltför stor betydelse. Detta anses hänga samman med bl. a. intygens utformning. Enligt det formulär som har utformats av socialstyrelsen skall läkaren ta ställning till om LVM är tillämplig. Läkaren har dock mera sällan tillgång till all den information som krävs för att kunna avgöra detta.

Den i varje fall hittills ojämförligt vanligaste grunden för att bereda någon vård enligt LVM är faran för den fysiska eller psykiska hälsan. En bedömning av faran för hälsan, till följd av missbruk, måste till stor del gå ut på att se vilka medicinska skador missbrukaren redan har ådragit sig. Därvid är ett utlåtande om missbrukarens aktuella hälsotillstånd givetvis värdefullt. Läkaren torde också kunna uttala sig om faran för hälsan vid ett fortsatt missbruk.

De faktorer som rör missbrukarens sociala situation har emellertid också betydelse för bedömningen av vårdbehovet, särskilt efter de ändringar jag föreslår i grunderna för vård enligt LVM. Läkaren har oftast inte tillgång till alla de uppgifter som socialnämnden har i sin utredning. Han kan därför inte göra den helhetsbedömning av missbrukarens prognos och fortsatta riskexponering som behövs för att bedöma behovet av vård enligt LVM. Det har inte heller förutsatts att läkaren skall göra en sådan bedömning. Det är med lagens nuvarande utformning i stället länsstyrelsen och rätten som skall göra denna bedömning på grundval av såväl läkarutlåtandet som den sociala utredningen i ärendet.

Jag har nyss föreslagit att socialnämnden skall utföra utredningen på länsstyrelsens uppdrag. Socialnämndens redogörelse och läkarens utlåtande skall tillsammans bilda grund för länsstyrelsens eget ställningstagande i ärendet.

Socialberedningen anser i likhet med bl. a. JO att formuläret för läkarintygen i LVM-ärenden har fått en utformning som inte är anpassad till den utredningssituation som föreligger hos läkaren. Jag delar den bedömningen. Enligt min mening bör intyget innehålla en redogörelse för missbrukarens aktuella hälsotillstånd och hans allmänna behov av vård. Det bör däremot inte åläggas läkaren att göra en bedömning av om det finns förutsättningar för vård enligt LVM. Enligt vad jag har erfarit utarbetar socialstyrelsen för närvarande ett nytt formulär för läkarintygen med en utformning som överensstämmer med vad jag nu har angett. Jag har mot

Allmänt ombud i LVM-mål

Socialberedningen har enligt direktiven haft i uppdrag att pröva om man bör anordna en funktion som allmänt ombud vid länsstyrelserna bl. a. i LVM-mål.

Allmänna ombud har införts på en rad områden. Bakgrunden har i regel varit att det inte funnits någon företrädare för det allmänna som har kunnat medverka till att utredningen blivit tillförlitlig redan i första instans eller som har kunnat medverka till att föra målet vidare till högre instans. Som skäl för att införa ett allmänt ombud har ofta åberopats att detta skulle leda till en mer enhetlig rättstillämpning. På områden där allmän rättshjälp sällan eller aldrig beviljas har som skäl för att införa allmänt ombud åberopats att ett sådant skulle kunna verka till förmån för den enskilde.

I mål om beredande av vård enligt LVM finns redan en företrädare för det allmänna, nämligen länsstyrelsens sociala funktion. Länsstyrelsen har i enlighet med 33 § förvaltningsprocesslagen (1971:291) rätt att överklaga beslut som har gått länsstyrelsen emot. Enligt 41 och 42 §§ rättshjälpslagen (1972:429) skall kostnadsfri rättshjälp genom offentligt biträde ges, om det inte måste antas att behov av biträde saknas. De krav som har lett till att allmänt ombud införts på andra områden är således redan tillgodosedda när det gäller LVM. Inte heller finns det något behov av ett allmänt ombud för att avlasta socialsekreterarna formella och juridiska uppgifter. Dessa uppgifter ligger ju redan på länsstyrelsen. Enligt socialberedningens mening finns det inte heller något annat som tyder på att det skulle finnas behov av ett särskilt allmänt ombud i mål enligt LVM. Det har inte heller under remissbehandlingen framkommit något som antyder detta. Jag anser mot den bakgrunden att det inte bör införas ett allmänt ombud i LVM-mål.

4.5 Omedelbara omhändertaganden

Mitt förslag: Både socialnämnden och polismyndigheten ges befogenhet att besluta om omedelbara omhändertaganden med stöd av lagen. Läkare åläggs en skyldighet att anmäla ett behov av omedelbart omhändertagande direkt till socialnämnden.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt (betänkandet s. 303–311).

Remissinstanserna: En betydande majoritet av de remissinstanser som har tagit ställning i frågan tillstyrker beredningens förslag. Till dessa hör bl. a. socialstyrelsen, fyra av de fem förvaltningsdomstolarna, de tre länsstyrelserna, sju av de nio kommunerna, RNS och FMN. Två av remissinstanserna, Uppsala kommun och FMN, understryker särskilt att den föreslagna beslutsordningen har betydelse för anhöriga till missbrukare som

kan vända sig direkt till socialtjänsten i akuta situationer. Med nuvarande regler måste socialnämnden hänvisa till polismyndigheten, om det finns behov av ett snabbt ingripande och missbrukaren inte samtycker till vård.

Sju av remissinstanserna avstyrker förslaget. En av dessa, länsrätten i Stockholms län, anser att beslutsbefogenheten bör ges till länsstyrelsen. De övriga anser att den nuvarande beslutsordningen bör ligga fast. Dessa är Norrköpings kommun, TCO, Föreningen Sveriges socialchefer, RFHL, ALRO och Verdandi.

Två av remissinstanserna, Arvika kommun och LO, är tveksamma till beredningens förslag. Arvika kommun anser att sekretesslagen bör ändras om den hindrar kommunikation mellan socialnämnden och polisen i omhändertagandeärenden.

Skälen för mitt förslag

Gällande regler

En missbrukare får enligt 8 § LVM omhändertas omedelbart, om det är sannolikt att han kan beredas vård med stöd av LVM och rättsens beslut om vård inte kan avvaktas. Paragrafen är uppbyggd efter mönster av motsvarande regel i LVU.

Till skillnad från vad som gäller enligt LVU får socialnämnden emellertid inte besluta om omedelbara omhändertaganden enligt LVM. För att möjliggöra ett snabbt ingripande och eftersom polismyndigheten i allmänhet ändå måste anlitas för att genomföra ett omedelbart omhändertagande har beslutanderätten lagts på polismyndigheten. Sedan frågan om vård har anhängiggjorts hos domstol får också rätten besluta om omedelbart omhändertagande.

I specialmotiveringen till 8 § LVM uttalades att det knappast fanns anledning att anta att den föreslagna regeln skulle komma till omfattande användning (prop. 1981/82:8 s. 80).

Tillämpningen

De omedelbara omhändertagandena har, i motsats till vad som antogs i förarbetena, kommit att bli vanliga. Nästan 40 % av alla beslut som fattas enligt LVM rör omedelbara omhändertaganden. Av dem som bereds vård med stöd av lagen har nästan 30 % varit omedelbart omhändertagna. År 1985 fattades 484 beslut om omedelbara omhändertaganden, att jämföra med 1 247 beslut om vård samma år. Av de omhändertagna bereddes 346 vård enligt LVM.

Flerfallet beslut om omedelbara omhändertaganden fattas av polismyndigheten. År 1985 svarade polisen för 77 % av samtliga beslut.

En relativt stor andel av de omedelbara omhändertaganden som görs av polisen fastställs inte av länsrätten. Skälet till detta har i allmänhet varit att missbrukaren — under hot om tvångsvård — samtyckt till frivillig vård, inte att omhändertagandet i sig varit obefogat.

Tillämpningen av bestämmelserna om omedelbara omhändertaganden har medfört vissa problem. Dessa hänger samman med att polismyndigheten är den enda myndighet som har rätt att besluta om omedelbara omhändertaganden, innan frågan om beredande av vård har aktualiserats vid länsrätten. Jag återkommer strax till detta.

Däremot har institutet som sådant inte från något håll ifrågasatts, vare sig under socialberedningens arbete med översynen av LVM eller under remissbehandlingen. Jag har mot den bakgrunden funnit att möjligheten till omedelbara omhändertaganden bör finnas kvar.

Det har inte heller från något håll hävdats att kriterierna för omedelbara omhändertaganden bör ändras. Som framgått av vad jag tidigare anfört (avsnitt 4.3.2) har jag funnit att kriterierna för beredande av vård enligt LVM bör ändras för att tydliggöra att ingripanden kan göras även i något tidigare skeden och i något mindre akuta lägen än som hittills varit fallet. Jag har föreslagit att man skall ta större hänsyn till sociala faktorer när man bedömer behovet av vård. Sådana ändringar återverkar på bestämmelsen i 8 § eftersom en förutsättning för ett omedelbart omhändertagande är att missbrukaren sannolikt kan beredas vård med stöd av LVM. Det finns dock inte något skäl att ändra på rekvisiten för omedelbart omhändertagande. Dessa bör även fortsättningsvis vara att det är sannolikt att missbrukaren kan beredas vård med stöd av lagen och att rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att missbrukaren kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat, om han inte får omedelbar vård, eller på grund av att det föreligger en överhängande risk för att han till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Det blir alltså enligt mitt förslag inte möjligt att omedelbart omhänderta en missbrukare i fall där endast den nya sociala specialindikationen bedöms föreligga.

Jag har däremot funnit att de nuvarande reglerna om beslutsordningen i fråga om omedelbara omhändertaganden inte är ändamålsenligt utformade.

Socialnämnden har enligt 3 § socialtjänstlagen jämfört med 11 § samma lag det yttersta ansvaret för att varje missbrukare inom kommunen vid varje tillfälle får den vård och den hjälp han behöver. Nämnden har emellertid i princip inte någon annan möjlighet att se till att ett omedelbart omhändertagande sker än genom anmälan till länsstyrelsen som i sin tur kan ansöka om vård hos länsrätten. Länsrätten har därefter möjlighet att fatta beslut om omedelbart omhändertagande. I ett sådant fall hinner dock i allmänhet åtskillig tid förflöta innan ett omhändertagande kan ske. Det ligger i sakens natur att ärenden som rör omedelbara omhändertaganden ofta kräver en mycket snabb handläggning. Det är emellertid i viss mån oklart om gällande sekretessbestämmelser tillåter att socialtjänsten förser polismyndigheten med det beslutsunderlag som krävs för att ett omedelbart omhändertagande skall kunna ske genom polisens försorg.

Socialberedningen konstaterar att det har utvecklats en praxis i fråga om omedelbara omhändertaganden som framstår som principiellt betänklig.

Den övervägande delen av de omedelbara omhändertagandena har vis-

serligen rört missbrukare som polisen träffat på i sin ordinarie verksamhet. Det förekommer emellertid i viss utsträckning att polismyndigheten fattar beslut om omedelbara omhändertaganden i ärenden som har initierats av företrädare för socialnämnden. I Stockholm uppskattar polisen att denna andel har uppgått till 20 % av de omedelbara omhändertagandena. Om polisen inte redan har alla de uppgifter som behövs, tvingas socialnämndens företrädare att förse polisen med nödvändigt underlag för att ett omhändertagande skall kunna beslutas.

Enligt 1 kap. 5 § sekretesslagen (1980:100) gäller att en myndighet har rätt att lämna ut sekretessbelagda uppgifter, om det är nödvändigt för att kunna fullgöra den egna verksamheten. I förarbetena till sekretesslagen har uttalats att bestämmelsen i 1 kap. 5 § bör tillämpas restriktivt (prop. 1979/80:2 s. 465 och 494). Den är inte avsedd att användas i syfte att möjliggöra för andra myndigheter att fullgöra sina åligganden. Det kan därför i det enskilda fallet vara svårt att avgöra i vilken utsträckning socialtjänsten får lämna ut uppgifter till polisen i stället för till länsstyrelsen då det kan vara aktuellt med ett omedelbart omhändertagande. Den oklarhet som här har beskrivits är naturligtvis inte tillfredsställande.

Av bestämmelserna om s. k. nödrätt i 24 kap. 4 § brottsbalken framgår att det kan vara försvarligt att lämna ut sekretesskyddade uppgifter till polisen i sådana fall där ett omedelbart omhändertagande framstår som nödvändigt för att avvärja fara för missbrukarens eller någon närståendes liv eller hälsa. Det bör dock framhållas att denna regel inte innebär någon generell rätt att lämna ut uppgifter utan endast innebär att det i en sådan situation kan vara straffritt att lämna ut uppgifter i strid mot sekretesslagen. Även om det således i vissa situationer skulle kunna föreligga en sådan nödsituation, kan utlämnandet fortfarande utgöra ett handlande i strid med tystnadsplikten. Ett system som bygger på att socialsekreterarna överträder sekretessbestämmelserna kan, även om det i vissa fall är straffritt, inte godtas.

Det framstår som betänkligt även av andra skäl att socialnämndens företrädare är hänvisade till att vända sig till polisen i de situationer då det föreligger ett vårdbehov som är så akut att man inte hinner avvakta till dess frågan om vård har anhängiggjorts vid länsrätten. Bl. a. är det, som Föräldraföreningen mot narkotika (FMN) understryker i sitt remissvar, otillfredsställande att socialnämnden inte har möjlighet att hjälpa en anhörig till en missbrukare som är i en akut situation, utan måste hänvisa den anhörige till polisen. Många anhöriga sägs ha svårt att förstå att det enbart är polisen och inte socialtjänsten som har möjlighet att göra omedelbara omhändertaganden med tanke på att det är akuta vårdbehov det rör sig om. Härtill kommer att de anhöriga av naturliga skäl ofta är obenägna att vända sig till polisen.

Jag har mot bakgrund av vad jag här anfört funnit att det är nödvändigt att ändra reglerna så att socialnämnden får vidgade möjligheter att själv ta initiativ till omedelbara omhändertaganden.

Ett sätt att åstadkomma detta skulle vara att införa en bestämmelse som ålägger socialnämnden en skyldighet att lämna de uppgifter till polismyndigheten som den behöver för sin prövning av om ett omedelbart omhän-

dertagande skall komma till stånd. En sådan uppgiftsskyldighet i lagen innebär att sekretessen skulle vika.

Jag anser dock att det finns allvarliga invändningar mot en sådan lösning. Det skulle kunna skada förtroendet för socialtjänsten om socialnämnden lämnade ut känsliga uppgifter om enskilda klienter till polisen. Därtill kommer att det förefaller orimligt att polismyndigheten tilldelas uppgiften att överpröva socialtjänstens bedömning av vårdbehovet. En sådan ordning framstår som principiellt betänkelig med tanke på att det är socialnämnden och inte polisen som har det yttersta vårdansvaret. Jag är därför inte beredd att föreslå något undantag i sekretessreglerna mellan socialtjänsten och polismyndigheten.

En av remissinstanserna, länsrätten i Stockholms län, föreslår att länsstyrelsen, vid sidan av polismyndigheten, ges befogenhet att besluta om omedelbara omhändertaganden. Som skäl för detta anges bl. a. intresset av en enhetlig praxis samt det förhållandet att länsstyrelsen har det slutliga avgörandet när det gäller frågan om ansökan om vård med stöd av lagen. Denna möjlighet har övervägts också av socialberedningen som gjorde bedömningen att det vore en mindre rationell lösning, främst med tanke på att det rör sig om beslut som måste fattas under stark tidspress. Jag delar den uppfattningen. Flertalet av de omedelbara omhändertaganden, som inte fattas av polisen, skulle även med denna konstruktion komma att initieras av socialtjänsten. Det skulle medföra en tidsförlust att låta själva beslutet fattas av någon annan instans. Normalt sett skulle länsstyrelsen inte heller ha tid att göra någon egen utredning i ärendet, utan för sitt ställningstagande vara hänvisad till det utredningsmaterial som socialnämnden ställde till dess förfogande.

Enligt min mening är den mest rationella lösningen att socialnämnden ges befogenhet att själv besluta om omedelbara omhändertaganden. Denna uppfattning delas också av flertalet remissinstanser.

Med hänsyn till ärendenas brådskande natur måste man, i likhet med vad som gäller enligt LVU, tillåta ordförandebeslut i dessa fall. Det innebär att ordföranden eller annan ledamot som nämnden har förordnat får besluta i nämndens ställe, om socialnämndens sammanträde inte kan avvakta. Det bör också föreskrivas att ett sådant beslut skall anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

Man skulle i och för sig kunna ifrågasätta om socialnämnden ensam borde ha beslutanderätten i fråga om omedelbara omhändertaganden. Jag har emellertid funnit det mest ändamålsenligt att polismyndigheten, vid sidan av socialnämnden, har kvar sin beslutanderätt beträffande omedelbara omhändertaganden av främst två anledningar. I stora delar av landet fungerar inte socialtjänsten efter kontorstid, medan polisen har en sådan organisation att ingripanden kan göras när som helst även på mindre orter. Vidare är oftast polisen ensam berörd i situationer där ett ingripande är brådskande som t. ex. vid lägenhetsbråk. Det skulle innebära en onödigt byråkratisk och tidsödande omgång att i sådana fall involvera ytterligare en myndighet för att få till stånd ett beslut om omedelbart omhändertagande.

Polismyndigheten bör sålunda även i fortsättningen kunna fatta beslut om omedelbart omhändertagande.

En annan yrkesgrupp – vid sidan av socialarbetare, poliser och länsstyrelsernas LVM-handläggare – som inte sällan kommer i kontakt med missbrukare i akuta situationer är läkarna. En läkare som gör bedömningen att ett omedelbart omhändertagande enligt LVM erfordras har emellertid, med nuvarande regler, ingen möjlighet att initiera ett sådant. Hälso- och sjukvårdssektressen hindrar nämligen läkare från att vända sig till polisen för att få till stånd ett omedelbart omhändertagande. Enligt LVM (30 §) är däremot läkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med missbrukare som är i behov av tvångsvård skyldiga att göra anmälan till länsstyrelsen, om inte den vårdbehövande kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården. När det gäller behov av omedelbara omhändertaganden saknar sålunda den nuvarande lagen en motsvarande föreskrift. Socialberedningen uppger att detta av bl. a. företrädare för läkarkåren har uppfattats som en brist.

Som beredningen konstaterar vårdas missbrukare i stor omfattning inom hälso- och sjukvården. Det gäller såväl den psykiatriska hälso- och sjukvården som kroppssjukvården. Inte sällan är det då fråga om akuta situationer, t. ex. överdoser hos narkotikamissbrukare eller deliriösa tillstånd hos alkoholmissbrukare. Om missbrukaren sedan det akuta tillståndet har avklingat genast vill lämna sjukhuset, är läkarna alltså i dag förhindrade att ta initiativ till ett omedelbart omhändertagande enligt LVM.

Enligt min mening är det angeläget att också läkare kan initiera ett omhändertagande som kan ske omedelbart. Detta kan åstadkommas genom att reglerna om anmälningsskyldighet kompletteras så att läkarna skall anmäla till socialnämnden att förhållanden föreligger som kan antas motivera ett omedelbart omhändertagande, givetvis under förutsättning att det inte går att bereda patienten tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården. Jag föreslår att LVM kompletteras med en sådan föreskrift. Jag anser att denna skyldighet bör gälla endast gentemot socialnämnden. Socialnämnden har det yttersta ansvaret för att bl. a. den som har missbruksproblem får det stöd och den hjälp som han behöver. Det vore olämpligt att ålägga läkare att lämna ut uppgifter om enskilda patienter till polisen.

En enhetligare praxis

Beredningen påtalar att praxis i fråga om omhändertaganden varierar anmärkningsvärt från det ena polisdistriktet till det andra. Det tycks emellertid inte ha förekommit obefogade ingripanden i nämnvärd omfattning ens i de polisdistrikt där frekvensen är påfallande hög.

Beredningen förordar att man på orter där det förekommer påfallande många omhändertaganden inleder en dialog mellan socialtjänst och polismyndighet för att utröna orsakerna till detta. Det kan enligt beredningen inte uteslutas att de många omhändertagandena hänger samman med brister i socialtjänstens insatser för missbrukarna.

Jag delar beredningens uppfattning att det på sådana orter är motiverat med en ökad samverkan mellan socialtjänst och polismyndighet. Samtidigt vill jag understryka att det förhållande att det i vissa polisdistrikt görs mycket få omedelbara omhändertaganden också kan utgöra ett problem. Kammarrätten i Stockholm påpekar i sitt remissvar att det kan förhålla sig så att polismyndigheterna på sina håll är alltför lite benägna att tillgripa tvångsomhändertaganden. Även här behövs enligt kammarrätten en dialog. Jag delar den bedömningen.

Hur går ett omhändertagande till?

När det gäller förfarandet vid polismyndighets beslut om omhändertagande behöver inte någon ändring ske i förhållande till vad som gäller i dag. Polisen gör, liksom nu, inledningsvis ett omhändertagande enligt 11 § polislagen (1984:387), som reglerar en polismanns rätt att under vissa omständigheter omhänderta en person i avvaktan på polismyndighetens beslut om omhändertagande, varpå polismyndigheten fattar beslut om omedelbart omhändertagande enligt LVM. Detta beslut underställs genast länsrätten. Länsrätten har därefter att inom fyra dagar pröva om omhändertagandet skall bestå. Missbrukaren är alltså regelmässigt omhändertagen när polismyndigheten fattar sitt beslut.

När det gäller ett omhändertagande som beslutas av socialnämnd är emellertid en något annorlunda ordning nödvändig.

När en socialarbetare erfar att förhållanden föreligger som motiverar ett omhändertagande, bör han först underrätta socialnämnden – vanligen ordföranden – om situationen. Om nämnden eller ordföranden fattar beslut om omhändertagande, torde man i allmänhet behöva anlita polisen för att få biträde med att verkställa beslutet. Frågan uppkommer om de annorlunda rutinerna motiverar en särreglering av socialnämndens omhändertaganden.

En jämförelse mellan reglerna i LVM och i LVU, där socialnämnden beslutar om omedelbart omhändertagande, visar att lagstiftaren har ansett något längre frister nödvändiga när det gäller LVU och omhändertaganden av barn. I LVU har underställningsfristen bestämts till en vecka. Detta har motiverats bl. a. med att det kan vara svårt att snabbt få fram tillräckligt utredningsmaterial och att mellankommande helger som försenar postbefordran måste beaktas (prop. 1979/80:1, del A s. 591). I förarbetena till LVM (prop. 1981/82:8 s. 82) uttalades att omhändertagandebeslut genast skall underställas länsrättens prövning. Med genast avsågs snabbast möjliga handläggning med hänsyn till de föreliggande omständigheterna. Någon exakt tidsgräns har inte kunnat anges med tanke på att det kan bli beroende av när på dygnet omhändertagandet sker eller om det sker under en helg.

Vidare har fristen för ansökan om vård enligt LVM satts till en vecka från det länsrätten har meddelat beslut om att omhändertagandet skall bestå, att jämföra med fyra veckor enligt LVU från den dag då omhändertagandet verkställts. Den kortare tiden i LVM ansågs enligt propositionen möjlig eftersom det i allmänhet redan finns så mycket material i ärendet att

det är tillräckligt att inhämta uppgifter från missbrukaren själv och eventuella myndigheter som kan ha varit i kontakt med honom.

Min utgångspunkt är att det inte skall behövas några längre frister, om socialnämnden ges möjlighet att besluta om omhändertaganden enligt LVM, än vad som gäller i dag. En skillnad är visserligen att missbrukaren i allmänhet redan är omhändertagen när polisen fattar sitt beslut, medan missbrukaren kan omhändertas först efter beslutet när det fattas av socialnämnden. I normalfallet torde det dock inte bli fråga om någon längre tidsperiod som förflyter mellan beslutet och omhändertagandet.

Det utgör inte heller något hinder för underställning att omhändertagandet inte är verkställt. Tvärtom är det av rättssäkerhetsskäl angeläget att underställning sker så snart som möjligt så att rätten ges möjlighet att snarast upphäva oriktiga beslut. I allmänhet kan beslutet och skälen för detta också dokumenteras samma dag som det fattas. Nämnden eller den som annars har fattat beslutet bör därför redan samma eller påföljande dag kunna ge in beslutet till rätten. Även socialnämndens beslut om omhändertagande bör således underställas rätten utan dröjsmål.

Vid rättens prövning av socialnämndens beslut är två huvudtyper av fall tänkbara. I det ena fallet har socialnämnden, oftast med biträde från polisen, kunnat få omhändertagandet verkställt innan det underställs, vilket torde bli det vanliga. I det andra fallet är omhändertagandet inte verkställt när det underställs rätten.

I de fall där missbrukaren är omhändertagen vid underställningen finns det möjlighet att komplettera rättens beslutsunderlag genom att låta missbrukaren läkarundersökas. Rätten bör normalt inte avgöra målet förrän rätten fått del av läkarutlåtandet. Utlåtandet är nödvändigt för att utesluta att den enskildes tillstånd beror på något annat än missbruk. Missbrukaren skall också hinna tillställas handlingarna i målet. Rätten bör i dessa fall kunna pröva målet inom den nuvarande fristen, normalt fyra dagar. Genom en ändring som trädde i kraft den 1 juli 1984 (SFS 1984:366), har rätten dessutom getts en möjlighet att förlänga denna frist till en vecka, om det på grund av någon särskild omständighet är nödvändigt.

I de fall där beslutet inte är verkställt när det underställs ställer sig saken något annorlunda. Det kan svårligen göras någon läkarundersökning av missbrukaren och det är också svårt att tillställa honom några handlingar.

Man kan även för dessa fall tänka sig att rätten inom normalt fyra dagar från det att beslutet underställdes skulle pröva om omhändertagandet skall bestå. Rättssäkerhetsskäl talar för att ett beslut om administrativt frihetsberövande skall prövas så snart som möjligt. Om saken är uppenbar – vilket är tänkbart om missbrukaren haft kontakt med läkare strax före beslutet och socialnämnden har utförlig dokumentation beträffande hans förhållanden i övrigt – har rätten i och för sig underlag för att pröva nämndens beslut, trots att det inte är verkställt. Om det i stället rör sig om ett för socialmyndigheterna mindre välkänt fall – där det kan finnas andra orsaker till den enskildes tillstånd såsom psykisk sjukdom – och där läkarutlåtande saknas, är det inte meningsfullt att göra en prövning innan omhändertagandet verkställts. Rätten skulle i sådana fall tvingas häva beslutet trots att den enskilde när han väl påträffas kan vara i stort behov

av omhändertagande. För att man då inte skall behöva börja en ny omgång med beslut om omedelbart omhändertagande och underställning, bör fristen för rättens prövning bestämmas till fyra dagar från den dag då omhändertagandet verkställdes.

Den möjlighet att förlänga fristen till en vecka som nu finns bör gälla även i dessa fall. Redan enligt nuvarande regler skall rätten pröva omhändertagandet så snart det kan ske. Om det inte finns skäl för omhändertagande, skall beslutet upphävas genast. Jag vill betona att rätten i de fall ett beslut redan vid underställningen befinns uppenbart ogrundat bör häva det genast – oavsett om det har kunnat verkställas eller inte. I alla andra fall kan rätten enligt den föreslagna ordningen – efter en sådan preliminär prövning – avvakta till dess beslutet blir verkställt. Man får härigenom tid att ta fram ett tillförlitligt underlag för prövningen och att tillställa missbrukaren handlingarna samt underrätta honom om möjligheten att begära muntlig förhandling och få rättshjälp.

En motsvarande ändring bör gälla beträffande fristen för den länsrätt som prövar en ansökan om vård, i de fall ett omedelbart omhändertagande har beslutats efter det att länsstyrelsen ansökt om vård och där beslutet inte kunnat verkställas.

4.6 Vårdtiden

Mitt förslag: Den längsta vårdtiden enligt lagen utökas från fyra till sex månader. Det nuvarande förlängningsinstitutet slopas. I lagtexten anges uttryckligen hur vårdtiden skall beräknas. Den tid under vilken missbrukaren är avviken från ett LVM-hem eller intagen i häkte eller kriminalvårdsanstalt skall inte inräknas i vårdtiden. Den tid under vilken missbrukaren har vistats på ett LVM-hem eller sjukhus på grund av ett beslut om omedelbart omhändertagande skall däremot inräknas. Vårdtiden skall som hittills upphöra så snart syftet med vården har uppnåtts.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt utom beträffande sättet att beräkna vårdtiden och förslaget att inräkna tiden för ett omedelbart omhändertagande i vårdtiden. Beredningen föreslår att den tiden inte skall inräknas (betänkandet s. 263–266 och 286–291).

Remissinstanserna: En majoritet av de remissinstanser som har tagit ställning i dessa frågor tillstyrker beredningens förslag i fråga om vårdtidens längd samt förslaget om hur vårdtiden skall beräknas. Till dessa hör domstolsverket, rikspolisstyrelsen, kriminalvårdsstyrelsen, socialstyrelsen, de båda kammarrätterna, två av de tre länsrätterna, de tre länsstyrelserna, JÖ, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, åtta av de nio kommunerna, de båda landstingen, Behandlingshemmens riksförbund och FMN.

Två av remissinstanserna, riksåklagaren och RNS, vill gå längre än beredningen och förordar att lagen bör ge möjlighet till ett års vårdtid.

Nio remissinstanser motsätter sig längre tvångsvårdstider. Dessa är brottsförebyggande rådet (BRÅ), länsrätten i Malmöhus län, Norrköpings kommun, SACO/SR, LO, Föreningen Sveriges socialchefer, RFHL, ALRO och Verdandi.

Skälen för mitt förslag

Gällande regler

Vård med stöd av LVM skall upphöra när syftet med vården har uppnåtts. I normalfallet kan vården pågå i högst två månader. Vårdtiden får dock förlängas med ytterligare högst två månader, om den intagne på grund av sitt hälsotillstånd behöver ytterligare vård eller om det finns andra synnerliga skäl för en förlängning. Det är LVM-hemmets styrelse som beslutar om en eventuell förlängning. Under vårdtiden bör missbrukaren, efter beslut av föreståndaren, på försök vårdas i annan form eller vistas i eget hem.

Tillämpningen

År 1985 var åtta procent av klienterna utskrivna från LVM-vården efter en månad. Efter två månader var 26 % utskrivna och efter tre månader 71 %. Den genomsnittliga vårdtiden var 73 dagar år 1985.

De relativt få klienterna i den yngsta åldersgruppen, under 25 år, hade längre vårdtider än de övriga. I denna grupp översteg vårdtiden tre månader i 47 % av fallen.

Den genomsnittliga vårdtiden minskade med tio dagar från år 1983 till år 1985. Antalet klienter med kortare vårdtid än en månad har ökat från 28 år 1983 till 103 år 1985, dvs. en ökning från tre till åtta procent. Andelen klienter med långa vårdtider, överstigande tre månader, har minskat något.

I omkring 30 % av fallen fattas beslut om förlängning av vårdtiden. Från år 1983 till år 1985 minskade andelen förlängningar något.

Vårdtidens längd

Åsikterna har gått starkt isär i fråga om vilken vårdtid som är erforderlig och lämplig vid tvångsvård av vuxna missbrukare såväl innan som efter det att LVM trätt i kraft. Det har, som jag tidigare nämnt, funnits och finns förespråkare både för att tvångsvården skall begränsas till det akuta avgiftningsskedet och för att tvångsvården skall möjliggöra genomförandet av hela det långa behandlingsprogram som kan behövas för att någon skall komma ifrån sitt missbruk.

Socialberedningens ställningstagande i det ursprungliga LVM-betänkandet (SOU 1981:7) om LVM kan närmast beskrivas som en kompromiss mellan dessa båda synsätt. Beredningen såg det å ena sidan som "önskvärt att åstadkomma en vård som sträcker sig längre än till akuta nödsituationer och som syftar till att missbrukaren skall ges reella möjligheter att själv komma till rätta med sina problem". Å andra sidan avvisade man tanken

på att omgärda ett längre behandlingsprogram med tvång. Beredningens förslag i fråga om vårdtiderna hade sin utgångspunkt i uppfattningen att vårdinsatsernas syfte inte bara var att bryta en destruktiv utveckling utan också att motivera missbrukaren till fortsatt frivillig vård efter LVM-vårdens upphörande. Tvångsvården skulle med andra ord möjliggöra att klienten kunde beredas vård under ett inledande skede av motivation och planering.

Föredragande departementschefen (prop. 1981/82:8 s. 47) anslöt sig till beredningens förslag men ställde sig samtidigt tveksam till om ens den maximala vårdtiden – fyra månader – kunde anses tillräcklig för de svåraste fallen. Tillämpningen av lagen, särskilt såvitt avsåg vårdtiden, måste enligt departementschefen följas noga.

Som framgått av vad jag tidigare har anfört bör den nuvarande lagens syfte ligga fast. Detta har betydelse bl. a. när det gäller vårdtidens längd. Enligt nuvarande 2 § LVM är syftet att missbrukaren skall komma ifrån sitt missbruk. Enligt motivuttalandena (prop. 1981/82:8 s. 45) är syftet dock på kort sikt mera begränsat, nämligen att skapa motivation för och reella möjligheter till fortsatt vård i frivilliga former.

Jag anser att det är viktigt att slå vakt om detta synsätt. Jag grundar det ställningstagandet på att det är en långsiktig och genomgripande process att upphöra med ett tungt missbruk. Så långtgående förändringar kan inte påtvingas missbrukaren; han eller hon måste själv välja dem. Däremot är det i vissa situationer nödvändigt att tvinga en missbrukare till vård för att bryta en destruktiv utveckling och för att möjliggöra att en förändringsprocess skall kunna inledas. Enligt min mening bör emellertid missbrukarens vårdbehov över en längre tidrymd beaktas i större utsträckning än vad som sker för närvarande. Det är de långsiktiga, frivilliga vårdinsatserna som måste sättas i främsta rummet. LVM-vården skall ses som utgångspunkt för motivationsarbete och planering av vård- och stödinsatser, som i de flesta fall måste fortgå efter det att vården enligt LVM har avslutats. Jag anser att bestämmelserna om vårdtiden i LVM bör bestämmas med hänsyn till detta.

En central punkt i socialberedningens överväganden om LVM-vården är att den som regel inte bör inskränkas till själva institutionsvistelsen. Tanken är att vårdperioden på LVM-hemmet inom ramen för vårdtiden enligt LVM ofta bör kunna följas av försöksvis anordnad fortsatt vård i andra former. Denna utslussning kan ske såväl till behandlingshem eller familjevård som till vårdinsatser inom den öppna vården. Vården på ett LVM-hem är så skyddande att en plötslig övergång till öppnare vårdformer kan bli svår att klara. Det är därför angeläget med en successiv utslussning i samhället och ofta nödvändigt att under en begränsad tid omgärda den vård som sker i andra och mer öppna former med ett visst tvång.

LVM ger redan i sin nuvarande utformning en sådan möjlighet (15 §). I bestämmelsen föreskrivs att den intagne så snart som möjligt bör beredas tillfälle att på försök pröva vårdformer utanför LVM-hemmet. Som exempel på sådana vårdformer nämns i specialmotiveringen (prop. 1981/82:8 s. 91) bl. a. institutioner med enskild huvudman, familjehem och den enskildes eget hem. Beredningen föreslår således inte, som några remissin-

stanser förefaller ha uppfattat det, att ett nytt institut förs in i LVM. Bestämmelsen har emellertid inte kommit till någon omfattande användning. Det främsta skälet till detta är av allt att döma att de nuvarande vårdtiderna i LVM är för korta för att man skall kunna åstadkomma den smidiga övergång från LVM-hemmen till andra vårdformer som lagstiftaren avsett.

Jag anser, liksom beredningen, att vårdtiden i högre utsträckning än för närvarande bör utnyttjas för utslussning till andra vårdformer. Detta är enligt min mening det främsta motivet för att förlänga de nuvarande vårdtiderna i LVM. I likhet med såväl socialberedningen som ett stort antal remissinstanser finner jag det också väl styrkt att nuvarande vårdtid inte alltid räcker för att klara LVM:s uppgift att motivera missbrukaren till frivillig vård.

Jag anser också, i likhet med beredningen, att förlängningsinstitutet bör slopas och att man i stället bör ha en bestämmelse om en maximal vårdtid.

Företrädare för LVM-hemmen hävdar att det ofta är svårt att planera och genomföra vård utanför institutionen, när man inte från början känner till vårdtidens längd. Man har nämligen inte redan vid planeringstillfället kunnat utgå från att vårdtiden kommer att förlängas. Detta har motverkat strävandena att under vårdtiden slussa den enskilde till vård utanför LVM-hemmet. Vidare har man från LVM-hemmen påtalat att vården genom förlängningsinstitutet ofta kommit att behandlingsmässigt bestå av olika perioder. Vid den ordinarie vårdtidens utgång har man fått börja på nytt med motivationsarbetet inför förlängningen av vårdtiden. För den enskilde framstår förlängningen ibland som en slags bestraffning. Förlängningsinstitutet har således ofta försvårat såväl en god vårdplanering som själva behandlingsarbetet.

Socialberedningen anser att det finns skäl som talar för en förhållandevis lång vårdtid. Med hänsyn till lagens karaktär av undantagslag och till det djupa ingrepp som ett frihetsberövande innebär, vill beredningen emellertid inte sträcka sig längre än till att föreslå sex månader som en längsta vårdtid.

Det är självfallet svårt att bedöma vilken längsta vårdtid som är erforderlig och lämplig för att syftet med vården skall kunna uppnås. I sammanhanget kan det finnas skäl att hänvisa till den diskussion som socialstyrelsen för i denna fråga i sitt remissvar. Styrelsen konstaterar att man inte kan hänvisa till vetenskapliga eller erfarenhetsbaserade rön som stöder socialberedningens bedömning i fråga om vårdtidens längd. Styrelsen anser emellertid att det är viktigt dels att tvångsvården begränsas till vad som är oundgängligen nödvändigt för att uppnå syftet med vården, dels att en övre gräns fastställs inom vilken det förefaller rimligt att uppnå målet med tvångsvården i flertalet fall. Styrelsen finner inte skäl att förespråka någon annan avgränsning av vårdtidens längd än den beredningen föreslår. Remissutfallet visar också att majoriteten av remissinstanserna tillstyrker beredningens förslag. Endast två remissinstanser förordar längre vårdtid.

Mot den bakgrunden har jag stannat för att föreslå sex månader som en längsta vårdtid. Vårdtiden om sex månader skall utgöra en längsta tid. Däremot skall naturligtvis utskrivning kunna ske dessförinnan.

Tvångsvården skall som nu upphöra när syftet med vården – motivation till frivillig vård – är uppnått. Uppnås inte detta syfte tidigare, får hela sexmånadersperioden utnyttjas för motivationsarbete. Var missbrukaren skall tillbringa vårdtiden är en annan sak. Som jag har betonat är avsikten att de intagna oftare än vad som sker i dag skall kunna föras över från LVM-hemmet till behandlingshem som bedriver vård i frivilliga former, till familjevård eller till vård i öppna former. Syftet är alltså inte, och det bör understrykas, att generellt förlänga den faktiska vårdtiden på LVM-hemmet.

De missbrukare som kan bli aktuella för LVM-vård är inte någon enhetlig grupp med likartade behandlingsbehov. Den största gruppen utgörs för närvarande av alkoholmissbrukare i åldrarna över 30 år. I allmänhet kan vårdtiden på LVM-hemmet göras kort för denna grupp. Det finns mera sällan behov av institutionsvård under längre tid än som åtgår för att klienten skall kunna återhämta sig fysiskt och psykiskt och för att den nödvändiga sociala planeringen av tiden efter institutionsvistelsen skall hinna genomföras. Hur lång tid detta tar är individuellt och beror självfallet på klientens situation vid intagningen i hemmet. Vårdtiden på LVM-hemmet bör emellertid ofta som nu kunna begränsas till en eller ett par månader. Det är däremot väsentligt att institutionsvistelsen oftare än i dag följs av en långsiktig vård i öppna former på hemorten. Det är utformningen av detta långsiktiga stöd som är avgörande för vårdens resultat. Det ligger i sakens natur att en förutsättning för att sådana insatser skall kunna genomföras är att klienten aktivt deltar i planeringen. I många fall kan det vara lämpligt att den inledande fasen av denna uppföljande vård ges med stöd av LVM. Klienten är då formellt ännu intagen i LVM-hemmet och kan återtas om han inte fullföljer de planerade insatserna eller återfaller i missbruk. Det måste emellertid starkt framhållas att ansvaret för att de planerade insatserna kommer till stånd självfallet inte ligger enbart på klienten. Det är minst lika viktigt att understryka socialtjänstens ansvar, vilket jag återkommer till.

Detta får emellertid, som socialstyrelsen påpekar, inte uppfattas som att LVM-hemmen inte skulle kunna ge en fortsatt god vård när tvångsvården kan ges i mindre restriktiva former eller när behovet av tvångsvård inte längre föreligger. Redan i dagsläget är majoriteten av de intagna på LVM-hemmen frivilligt intagna och många av dem som har varit tvångsintagna väljer att direkt efter tvångsvårdens upphörande eller vid något senare tillfälle skriva in sig frivilligt på LVM-hemmet. Det är naturligtvis viktigt att klienten får uppleva den trygghet som ligger i att inte slussas till nya miljöer förrän han är mogen för det. För flertalet bör emellertid en successiv slussning till öppnare vårdformer kunna ske efter en relativt kort vårdperiod på LVM-hemmet.

Även för narkotikamissbrukarna och de yngre alkoholmissbrukarna bör strävan som regel vara att vårdperioden på LVM-hemmet görs så kort som möjligt och att utslussning sker till någon annan lämplig vårdform så snart det finns förutsättningar för detta. I en del fall kan det till och med vara lämpligt att den intagne slussas över t. ex. till ett behandlingshem eller till familjevård direkt efter avgiftningen. Om försöket utfaller väl bör den

intagne ges möjlighet att tillbringa återstoden av vårdtiden enligt LVM utanför LVM-hemmet. Självfallet kan man också välja att skriva ut honom och därmed låta tvångsvården upphöra, om det bedöms som sannolikt att vården kan fullföljas i frivilliga former.

Den lösning som jag förordar i fråga om hur vårdtiden bör användas ställer stora krav på att socialnämnderna medverkar aktivt i vårdplaneringen. Därutöver krävs att tvångsvården är väl integrerad i den övriga missbrukarvården. LVM-hemmen bör vara nära knutna till de långsiktiga behandlingsenheterna; de frivilliga behandlingshemmen, vårdkollektiven, familjevården, olika behandlingsprogram i öppenvården etc. Jag återkommer till dessa frågor.

Beräkning av vårdtiden

Vård med stöd av LVM påbörjas enligt nu gällande regler inte i och med länsrättens beslut om beredande av vård utan genom beslut om intagning på ett sådant hem som är särskilt avsett att lämna vård enligt LVM. Beslutet om intagning fattas av den som förestår vården vid hemmet efter framställning av socialnämnden. Den tid under vilken missbrukaren eventuellt varit omedelbart omhändertagen räknas inte in i vårdtiden. Om vården inleds på sjukhus med stöd av 12 § LVM räknas tiden för sjukhusvistelsen i allmänhet in i vårdtiden. I propositionen om LVM (prop. 1981/82:8 s. 79) framhålls att en längre sjukhusvistelse, liksom andra långvariga avbrott i vården på institution, som regel bör föranleda att den enskilde skrivs ut från vård enligt lagen. Någon särskild regel om att vård utanför institutionen skall räknas av från vårdtiden finns inte. Tvärtom förutsätts att den intagne skall beredas möjlighet att vistas i andra vårdformer. Sådant vård skall då ingå i vårdtiden enligt LVM. Det har inte heller ansetts nödvändigt att i lagen ange vad som skall gälla i fråga om beräkning av vårdtiden, om missbrukaren avviker eller blir intagen i häkte eller kriminalvårdsanstalt. Även i sådana fall får institutionsledningen bedöma huruvida man vill låta vårdbeslutet bestå eller om man bör skriva ut missbrukaren. Det senare alternativet bör enligt motiven regelmässigt komma till användning när det är fråga om en frånvaro som är längre än en månad. Motiveringen för detta ställningstagande är att syftet med vården då knappast kan uppnås inom den vårdtid som återstår.

Den kritik som har riktats mot nuvarande ordning har framför allt gällt det förhållandet att tid då missbrukaren olovligen vistas utanför institutionen inte räknas av från vårdtiden. Jag har förståelse för denna kritik. Beredningens kartläggning har visat att rymningarna från LVM-hemmen blivit anmärkningsvärt vanliga. Vid ca 40 % av alla vårdtillfällen enligt LVM under år 1985 förekom sålunda avvikningar från behandlingshemmen. Vid ca 10 % av fallen översteg den tid som missbrukaren var avviken från institutionen två veckor. För narkotikamissbrukarnas del var antalet rymningar ännu mycket vanligare och avvikelseperioderna längre. Bland dessa förekom sålunda rymningar i nära 70 % av fallen. Över en tredjedel av de LVM-vårdade narkotikamissbrukarna hade en avvikelseperiod som översteg två veckor. Jag anser mot denna bakgrund, i likhet med socialbe-

redningen och flertalet remissinstanser, att en ändring är nödvändig. Det rimmar för övrigt dåligt med vårdens syfte – att motivera missbrukaren till en fortsatt behandling – att skriva ut honom från vård innan detta syfte har uppnåtts. Samhällets ansvar för missbrukaren får inte upphöra därför att denne avbryter vården genom att avvika.

Som framgått av vad jag tidigare anfört skall missbrukaren under vårddiden kunna vistas på LVM-hem eller vårdas i annan form. Den som förestår vården skall, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Sådan vård skall givetvis ingå i vårddiden. Även tid då missbrukaren är intagen på sjukhus bör inräknas i vårddiden i enlighet med nu gällande regler.

Om missbrukaren avvikit från ett LVM-hem eller annat hem i vilket han är intagen, bör den tid varunder han olovligen vistas utanför hemmet inte få inräknas i vårddiden. Det är dock nödvändigt att, om missbrukaren hållit sig undan en längre tid, pröva om förutsättningar för upphörande av LVM-vården föreligger. Om missbrukaren avhållit sig från missbruk under bortovaron, är det ju möjligt att vården kan upphöra. Detta torde emellertid höra till ovanligheterna. Om han hållit sig undan en längre tid – minst sex månader i följd – är det rimligt att beslutet om vård upphör.

En missbrukare som under vårddiden lovligen vistas i eget hem, men som börjar missbruka igen kan behöva återintas på LVM-hemmet. Om missbrukaren efter beslutet om hämtning håller sig undan, bör tiden efter beslutet inte räknas in i vårddiden. Han håller sig då olovligen borta från LVM-hemmet.

Jag anser vidare, i likhet med socialberedningen och flertalet remissinstanser, att inte heller tid som missbrukaren tillbringar i häkte eller på kriminalvårdsanstalt bör räknas in i vårddiden. Han är ju då berövad sin frihet på grund av brott och inte för att få vård för sitt missbruk. En annan sak är att en längre tids vistelse inom kriminalvården bör kunna leda till att behovet av LVM-vård minskar.

I ett par avseenden föreslår jag emellertid lösningar som avviker från socialberedningens.

Socialberedningen har föreslagit att utgångspunkten för beräkningen av vårddiden, liksom nu, bör vara dagen för beslutet om intagning på ett LVM-hem och inte verkställigheten. Vidare bör, enligt beredningen, vårddiden inte heller i fortsättningen omfatta den tid under vilken missbrukaren varit omedelbart omhändertagen.

Jag anser emellertid, i likhet med socialstyrelsen, att vårddiden bör räknas från verkställigheten av ett beslut om omedelbart omhändertagande eller av rättens beslut om vård om detta inte föregåtts av ett omedelbart omhändertagande. Det främsta motivet för detta är att det för den enskilde klienten ofta framstår som naturligt att räkna vårddiden från den dag vården påbörjades oberoende om det rör sig om ett beslut om omedelbart omhändertagande eller ett vårdbeslut.

Vidare har det framkommit under remissbehandlingen att det förekommer att beslutet om intagning och den faktiska inställelsen på LVM-hemmet eller på sjukhuset sker vid olika tidpunkter. Enligt min mening är det,

med hänvisning till vad jag nyss anfört, lämpligt att vårdtiden räknas från den dag vården påbörjades, dvs. verkställigheten, och inte från beslutet om intagning.

Jag föreslår således att vårdtiden räknas från den dag då beslutet om omedelbart omhändertagande eller vård verkställs genom inställelse på ett LVM-hem eller sjukhus. Tid under vilken missbrukaren beretts tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form liksom tid för vård på sjukhus bör inräknas i vården i enlighet med nu gällande regler. Från vårdtiden bör avräknas den tid under vilken missbrukaren olovligt vistas utanför det hem där vården skall bedrivas. Likaså bör avräknas den tid under vilken han är häktad eller intagen på kriminalvårdsanstalt. Vården skall upphöra när syftet med den har uppnåtts och senast sex månader efter det att den påbörjades. Vården upphör genom beslut om utskrivning som fattas av den som förestår vården vid det LVM-hem där missbrukaren är inskriven.

4.6.1 Socialnämndens skyldigheter under vårdtiden

Mitt förslag: Socialnämndens skyldighet att under vårdtiden anordna vård för missbrukaren utanför LVM-hemmet slås fast i lagen.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt (betänkandet s. 314–318).

Remissinstanserna: Ett fåtal av remissinstanserna har invändningar mot beredningens förslag. Tre av remissinstanserna, Föreningen Sveriges socialchefer, SACO/SR och ALRO, avvisar helt tanken på att vårdtiden enligt LVM skall kunna utnyttjas för vård utanför LVM-hemmet. Några av remissinstanserna är kritiska till att denna vård skall kunna ges av institutioner med enskild huvudman (se avsnitt 4.8).

Skälen för mitt förslag: Jag har tidigare slagit fast att syftet med LVM-vården är och bör vara att motivera missbrukaren för fortsatt behandling i andra former. Målet är att LVM-vården skall ge realistiska förutsättningar för missbrukaren att fullfölja ett långsiktigt behandlingsprogram. För att skapa sådana förutsättningar har jag föreslagit att vårdtiden förlängs till högst sex månader. Denna vårdtid skall kunna utnyttjas bl. a. för att pröva behandling i andra vårdformer som t. ex. enskilt eller kommunalt drivna behandlingshem, familjehem eller olika typer av behandlingsprogram i öppen vård. Vården med stöd av LVM skall ses som ett led i en längre behandling och tjäna som utgångspunkt för motivationsarbete och planering av vård- och stödinsatser, som i de flesta fall måste fortgå efter det att vården enligt LVM avslutats.

Enligt den ordning som nu gäller har socialnämnden det övergripande vårdansvaret för missbrukaren och LVM-hemmet det omedelbara behandlingsansvaret. I det avseendet föreslår jag ingen ändring. Uppdelningen är emellertid inte alltid tydlig och preciseringar behövs i vissa avseenden.

Vården enligt LVM ges alltid genom ett LVM-hem. Det ankommer på

socialnämnden att ordna plats för missbrukaren på ett LVM-hem, varefter den som förestår vården vid hemmet fattar ett formellt beslut om intagning. På socialnämnden ankommer det i detta inledande skede att även föranstalta om sjukhusvård, om sådan behövs. Den faktiska vården av missbrukaren behöver inte nödvändigtvis äga rum på det LVM-hem där missbrukaren formellt har tagits in. Det är möjligt och ibland lämpligt att redan i vårdens inledningsskede föra missbrukaren till exempelvis ett enskilt drivet behandlingskollektiv. Ett beslut om sådan vård utom LVM-hemmet fattas av den som förestår vården vid hemmet, i regel föreståndaren. Det ligger i sakens natur att beslutet i ett sådant fall, när missbrukaren aldrig varit på hemmet, endast i formell mening fattas av föreståndaren. I praktiken är det socialnämnden som i samråd med missbrukaren och föreståndaren bestämt i saken.

Socialnämnden bestämmer således enligt nu gällande ordning var vården av missbrukaren skall inledas. Detta är ändamålsenligt eftersom det är socialnämnden som bäst känner missbrukaren. Det är också socialnämnden som har det övergripande vårdansvaret och som skall utnyttja olika institutioner som resurser i arbetet med att rehabilitera missbrukaren. Jag har, som jag tidigare redovisat, föreslagit att socialnämnden på länsstyrelsens uppdrag skall utföra utredningen i ärenden om att bereda någon vård enligt LVM. Härigenom ökar förutsättningarna för att socialnämnden tidigt skall kunna etablera kontakt med missbrukaren i syfte att planera och genomföra insatser för honom. Socialnämnden har ansvaret för planering- och av vården och för att rättens beslut om vård verkställs.

När missbrukaren tagits in på ett LVM-hem övergår behandlingsansvaret på hemmet. Socialnämnden har dock fortfarande det övergripande vårdansvaret för den intagne och det åligger i första hand den av nämnden utsedde kontaktmannen att noga följa vården.

Under vårdtiden på hemmet skall den som förestår vården där i samråd med den enskilde och socialnämnden arbeta för att missbrukaren skall få komma till något enskilt eller offentligt drivet behandlingshem eller delta i något strukturerat öppenvårdsprogram eller få stöd och omvårdnad i andra former.

Den viktigaste förutsättningen för att missbrukaren skall kunna få prova öppenvårdsinsatser och andra insatser utanför LVM-hemmen är att sådan vård finns tillgänglig. Av förarbetena till LVM framgår (prop. 1981/82:8 s. 91) att det i första hand ankommer på socialnämnden att se till att vårdtagarna kan erbjudas ändamålsenliga vårdformer utanför institutionerna. Det uttalas vidare att det främst åvilar den intagne missbrukarens kontaktman i den öppna socialtjänsten att stödja och hjälpa honom när han vistas utanför institutionen för försök med vård i annan form.

Det kan således slås fast att socialnämnden redan har ett ansvar för att anordna vård utom LVM-hemmet för den intagne. Samtidigt kan jag konstatera att ett av de vanligaste klagomålen från bl. a. klientorganisationer och LVM-hem gäller bristen på stöd- och hjälpinsatser från socialnämnden under och efter LVM-hemsvistelsen. Det är mot denna bakgrund nödvändigt att socialnämndens redan nu gällande ansvar i detta hänseende lyfts fram ur motiven och förs in direkt i LVM. Jag föreslår därför att lagen skall

kompletteras med en bestämmelse varav framgår att det åligger socialnämnden att anordna insatser under vårdtiden för den enskilde.

Prop. 1987/88: 147

Vad som föreslås är således ingen ny funktion för socialnämnden. Där-
emot är avsikten med förslaget att inskräpa betydelsen av att nämnden
fullgör sin skyldighet. För i princip varje intagen bör således socialnäm-
nden anordna någon form av vård utanför LVM-hemmet under vårdtiden.
Endast i undantagsfall kan det av behandlingsmässiga skäl vara uteslutet
med vistelse utanför LVM-institutionen. Det stora flertalet LVM-klienter
skall få möjlighet att pröva andra vårdformer som t. ex. långsiktiga behand-
lingsprogram på någon institution eller i öppenvård. Socialnämnden måste
därför planera och anordna sådana insatser. Det blir en viktig uppgift för
LVM-klientens kontaktman att i samråd med klienten och hemmet utfor-
ma ändamålsenliga vårdinsatser.

4.6.2 Föreståndarens redovisningsskyldighet gentemot LVM-hemmets styrelse

Mitt förslag: Föreståndaren för LVM-hemmet åläggs en redovis-
ningsskyldighet gentemot LVM-hemmets styrelse i de fall en in-
tagen vistats på ett LVM-hem i tre månader utan att vård i annan
form prövats.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt (betänkandet
s. 314–318).

Remissinstanserna: Ett fåtal av remissinstanserna har invändningar mot
beredningens förslag. Socialstyrelsen avstyrker förslaget med motivering-
en att regeln kan leda till att klienten slussas till vård utanför LVM-hemmet
innan han är mogen för det. Kammarrätten i Jönköping avstyrker förslaget
med motiveringen att regeln inte behövs. Göteborgs kommun förordar att
LVM-styrelserna upphör. I stället bör socialnämnden ges ett avgörande
inflytande över beslut som rör placeringen och vårdtiden.

Skälen för mitt förslag: Som jag nyss anförat skall den som förestår
vården vid LVM-hemmet i samråd med missbrukaren och socialnämnden
verka för att missbrukaren kan beredas vård utanför LVM-hemmet så
snart det är behandlingsmässigt möjligt. Behandlingsbesluten rörande den
intagne bör emellertid även i fortsättningen fattas av den som har honom i
sin omedelbara vård, dvs. i regel föreståndaren för LVM-hemmet. Det är
denne som på nära håll kan följa missbrukarens utveckling och som bäst
kan avgöra när han kan föras över till vård i annan form. Det åligger också
föreståndaren att fortlöpande bevaka om LVM-vården kan upphöra.

Såväl behandlingsskäl som rättssäkerhetsskäl talar emellertid för att
styrelsen för LVM-hemmet ges vidgade insyns- och tillsynsuppgifter. En-
ligt min mening är det en viktig uppgift för styrelsen att genom sin insyn
bevaka att klienten erbjuds vård i annan form samt att LVM-vården
upphör så snart vården kan ges i frivilliga former. Det är angeläget att
vårdtiden inte utnyttjas fullt ut till vård på LVM-hemmet av slentrian eller
brist på konstruktiva lösningar.

Jag föreslår därför att LVM kompletteras med en bestämmelse som ålägger föreståndaren en redovisningsskyldighet gentemot styrelsen i de fall en missbrukare efter tre månader fortfarande vistas på ett LVM-hem utan att vård i annan form prövats. Föreståndaren skall anmäla fallet till styrelsen och ange orsaken till att överföring inte skett. Styrelsen skall inte överpröva föreståndarens åtgärder men kan genom insynen påverka föreståndaren och t. ex. initiera översyn av hemmets vådrutiner. Styrelsen får genom denna insyn också en bild av socialnämndernas insatser för de intagna och kan i förekommande fall göra nämnderna uppmärksamma på brister och verka för att vård i annan form skall komma till stånd.

4.6.3 Socialnämndens skyldigheter efter vårdtiden

Mitt förslag: Socialnämnden skall aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han får personligt stöd eller behandling för att komma ifrån sitt missbruk.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt (betänkandet s. 314–318).

Remissinstanserna: Majoriteten av de remissinstanser som uttalat sig i frågan tillstyrker förslaget. Två remissinstanser avstyrker. Arvika kommun anser att socialnämndens ansvar i dessa avseenden redan framgår av socialtjänstlagen. Verdandi anser att förslaget inte ställer tillräckligt starka krav på socialnämndernas skyldigheter i samband med ett tvångsomhändertagande.

Helsingsborgs kommun delar beredningens synsätt, men anser att det är tveksamt om rätten till bostad, arbete och utbildning skall regleras i vårdlagstiftningen.

Skälen för mitt förslag: Enligt 14 § andra stycket LVM skall socialnämnden i samråd med den som förestår vården vid hemmet och den intagne förbereda stöd- och hjälpinsatser för tiden efter utskrivningen från hemmet. Sådana insatser skall främst inriktas på att tillgodose behovet av bostad, arbete eller utbildning. Förberedelserna inför utskrivningen har således ansetts vara en viktig del av nämndens insatser för de intagna. Genom att både socialnämndens och institutionens resurser sätts in för att förbättra den intagnes sociala situation inför utskrivningen bör det enligt förarbetena till bestämmelsen (prop. 1981/82:8 s. 90) i många fall vara möjligt att åstadkomma en lösning som ger den intagne realistiska utsikter att komma ifrån missbruket efter utskrivningen.

Att planera stöd- och hjälpinsatser för tiden efter tvångsvårdens upphörande åvilar främst socialnämnden. Genom bestämmelsen i 14 § andra stycket har en del av detta ansvar lagts på institutionen. Socialberedningen har genom sina undersökningar och vid sina hearings funnit att eftervårdsinsatserna ofta är otillräckliga. Kritiken har framför allt avsett socialnämndens insatser. Det har bl. a. sagts att det inte är ovanligt att missbrukaren

efter vistelsen på ett LVM-hem inte möts av några fortsatta stödinsatser trots att de eftervårdande insatserna ofta är avgörande för rehabiliteringen. En vård som enbart består av vistelse på ett LVM-hem utan uppföljning och stöd på hemorten har små möjligheter att lyckas. Socialnämnden måste därför alltid anordna en ändamålsenlig och för den enskilde särskilt anpassad eftervård. Det ankommer redan enligt nu gällande lagstiftning på socialnämnden att göra detta. Mot bakgrund av de brister som har iakttagits bör lagen förtydligas även i detta avseende. Enligt min mening bör i lagen anges att socialnämnden skall aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning.

Om den enskilde missbrukaren efter vårdtidens slut får en bostad och ett arbete eller utbildning, ökar hans möjligheter att själv ta ansvar för sin situation. Det är emellertid också nödvändigt att hans egna resurser förstärks genom ett fortsatt personligt stöd från socialtjänsten. Kontaktmanuens insatser bör alltså inte upphöra i och med att LVM-vården upphör. I många fall kan det dessutom krävas en fortsatt behandling eller annat stöd som sträcker sig långt framåt i tiden. Jag har därför funnit att socialnämndens insatser efter vårdtiden bör avse inte enbart hjälp till bostad och arbete eller utbildning utan även stöd eller behandling.

4.7 Inledande sjukhusvård

Mitt förslag: Den nuvarande bestämmelsen om att vården skall inledas på sjukhus, om förutsättningarna för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt, ändras inte. Socialnämnden ges rätt att begära polishandräckning för att få missbrukaren transporterad till sjukhuset.

En ny bestämmelse införs om skyldighet för överläkaren att se till att socialnämnden eller den som förestår vården vid ett LVM-hem genast underrättas, om missbrukaren vill lämna eller redan har lämnat sjukhuset. Överläkaren får vidare besluta att missbrukaren skall hindras att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att missbrukaren kan föras över till ett LVM-hem. Överläkaren ges också rätt att begära polishandräckning för att inställa missbrukaren vid ett LVM-hem.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt utom beträffande förslaget om överläkarens rätt att begära polishandräckning. Beredningen har inte behandlat den frågan (betänkandet s. 318–326).

Remissinstanserna: Förslaget har fått ett övervägande positivt mottagande. Flertalet av de remissinstanser som tagit ställning i frågan tillstyrker de föreslagna ändringarna. Tre av dessa föreslår att kvarhållningsrätten kombineras med en skyldighet för polismyndigheten att på begäran av överläkaren lämna biträde för att inställa missbrukaren på LVM-hemmet. Fyra remissinstanser, som är mer eller mindre positiva till förslaget, anser att frågan om kvarhållningsrätten bör belysas ytterligare.

Sju av remissinstanserna anser att beredningens förslag inte är tillräckliga för att lösa problemen. Några av dessa föreslår att lagen kompletteras och skärps.

Endast två remissinstanser motsätter sig att en kvarhållningsrätt införs i lagen.

Tolv remissinstanser behandlar inte förslaget i denna del.

Skälen för mitt förslag

Gällande regler

Enligt 12 § LVM skall vården inledas på sjukhus, om det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt och förutsättningarna för sjukhusvård är uppfyllda. Den som är omedelbart omhändertagen skall utan dröjsmål beredas vård antingen i ett LVM-hem eller på sjukhus, det senare under samma förutsättningar som nyss nämnts. Det åligger socialnämnden att föranstalta om nu nämnd vård. Om någon under vårdtiden på LVM-hemmet behöver sjukhusvård som inte kan ges genom hemmets försorg, skall vården fortsätta på sjukhus.

Inledande sjukhusvård kan således ges både när någon är omedelbart omhändertagen och när det finns en dom om vård. En missbrukare kan dessutom behöva sjukhusvård även efter det att han tagits in på ett LVM-hem.

Utformningen av lagtexten i 12 § innebär att man utgår från att LVM-vård som regel skall inledas på ett sjukhus.

I propositionen om LVM betonas (prop. 1981/82:8 s. 85 f.) att behov av avgiftning oftast motiverar vård under betryggande medicinsk övervakning och att de bästa resurserna för detta finns på sjukhus. Om emellertid en vårdinstitution som svarar för LVM-vård är utrustad med sjukvårdsresurser som är tillräckliga för att möta vårdbehovet, måste man kunna avstå från att anlita sjukhusets. I det sammanhanget framhålls att om den intagne själv bestämt motsätter sig sjukhusvård, den som regel inte bör genomföras. Det sägs vidare att, om det kan antas föreligga en uppenbar risk att missbrukaren avviker från sjukhuset eller på annat sätt använder sjukhus tiden för att äventyra den vård som man har beslutat om, man får överväga att avstå från den inledande sjukhusvården. Det erinras också om att sjukhuset inte har någon rätt att hålla kvar missbrukaren eller hämta honom tillbaka med stöd av LVM.

Vid riksdagsbehandlingen framhöll socialutskottet i sitt av riksdagen godkända betänkande (SoU 1981/82:22 s. 19) bl. a. att hälso- och sjukvården måste ta sin del av ansvaret för missbrukargrupperna. Den som vårdas med stöd av LVM och är i behov av vård på sjukhus måste självfallet beredas sådan vård. Detta innebär, enligt utskottet, att det i de flesta fall torde vara nödvändigt att låta LVM-vården inledas på sjukhus, oavsett risken att missbrukaren avviker. Formuleringen av 12 § fick enligt utskottet inte tolkas som att man skulle kunna avstå från den sjukhusvård som missbrukaren kan behöva. Det framhölls i sammanhanget att rätten till sjukhusvård är att betrakta som ett erbjudande och inte som ett tvång.

LVM rubbar således inte principen att hälso- och sjukvården skall respektera den enskildes rätt att bestämma över sin kroppsliga integritet. Utskottet tog också upp frågan om biträde av polis och framhöll (s. 31) att möjligheten i 26 § LVM att anlita biträde av polis inte avsåg överföring till sjukhus. Polisens bistånd får inte användas för att med våld föra någon till sjukhus mot hans vilja eller återföra honom till sjukhuset, om han har avvikit därifrån. Däremot möter inte hinder att anlita polismyndigheten för att förflytta en intagen som i och för sig går med på sjukhusvård. Utskottet framhöll slutligen att rent allmänt borde biträde av polismyndigheten inte begäras annat än då en åtgärd inte gick att genomföra på något annat sätt, t. ex. genom socialnämndens eller vårdinstitutionens egen personal.

Föreslagna ändringar

Socialberedningen har åberopat egna undersökningar som visar att LVM-vården inletts med sjukhusvård i betydligt mindre utsträckning än vad som förväntades vid lagens tillkomst. Av de klienter som fick LVM-vård år 1986 var det 40 % som inledde vården med sjukhusvård. Undersökningarna visar vidare enligt beredningen att förhållandena varierar mycket mellan olika kommuner beroende på graden av samarbete mellan polis, socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Beredningen har vidare uppgett att undersökningarna också visar att man på LVM-hemmen anser att en betydande del av de LVM-klienter som inte fått sjukhusvård borde ha fått sådan i LVM-vårdens inledningsskede.

Det finns enligt beredningen flera olika förklaringar till att inledande sjukhusvård förekommer i mindre utsträckning än vad som förutsattes vid LVM:s tillkomst.

En förklaring kan vara att behovet av sjukhusvård inte är så stort som man trodde. Detta motsägs dock av vad som nyss sagts om LVM-hemmens bedömning. Deras bedömning vinner också stöd av vad beredningen inhämtat från alkoholkliniker som erbjuder inledande sjukhusvård. Från dessa har upplysts att avgiftningen av LVM-patienter inte sällan är medicinskt komplicerad bl. a. beroende på att många av de missbrukare som kommer i fråga för omhändertagande eller vård med stöd av lagen har höga promillehalter alkohol i blodet eller har missbrukat teknisk sprit.

En annan förklaring till att bestämmelsen om inledande sjukhusvård inte har tillämpats i väntad omfattning kan vara att man traditionellt inom nykterhetsvården accepterat avgiftning utanför sjukhus. Beredningens undersökningar visar att för varje år som gått sedan socialtjänstreformen har antalet sjukhusvårdade missbrukare ökat totalt sett. Detta tyder enligt beredningen på att den traditionella attityden håller på att förändras.

Det har ibland framförts att en tänkbar orsak till att så få fått inledande sjukhusvård är att missbrukarna inte är välkomna på sjukhusen. Något generellt stöd för denna uppfattning har enligt beredningen inte påvisats. Det kan emellertid antas att de mest utagerande och våldsamma missbrukarna av säkerhetsskäl inte kan tas emot. De kliniker som erbjuder en utbyggd och väl fungerande inledande sjukhusvård har omvitnat att endast en mycket hög beredskap hos polisen gör att man kan ta emot

missbrukare som kan antas bli våldsamma. Samverkan med polisen anses nödvändig för verksamheten. På de håll där samverkan saknas erbjuds inte inledande sjukhusvård i tillnärmelsevis den utsträckning som på orter där sådan fungerar. Detta tyder enligt beredningen på att det finns visst fog för uppfattningen att den traditionella hälso- och sjukvården inte gärna tar emot missbrukare som kan bli våldsamma.

En annan orsak till att inledande sjukhusvård förekommer så sällan på vissa orter är att man befärar att missbrukaren skall avvika från sjukhuset. Socialberedningen har uppgett att även denna uppfattning stöds av beredningens samtal med de alkoholkliniker som tar emot missbrukare med stöd av LVM för inledande sjukhusvård. På dessa kliniker tillämpar man ett icke författningsenligt system med kvarhållning till dess polisen kommer. Detta system anses utgöra en förutsättning för att klinikerna skall kunna ta emot missbrukare utan någon större urskillning. Beredningen har som illustration till problemet hänvisat till aktuella uppgifter från Stockholm. På Sabbatsbergs sjukhus har nästan varje LVM-vårdad narkotikamissbrukare avvikit under sjukhusvården. Detta har lett till att man inte längre anser sig kunna bereda narkotikamissbrukare inledande sjukhusvård på det sjukhuset.

Enligt min mening är de skäl som anges i lagens förarbeten om att LVM-vården i allmänhet skall inledas på sjukhus fortfarande giltiga. Vad som sades i motiven till LVM om det faktiska behovet av medicinsk omvårdnad för LVM-klienterna gäller fortfarande och har fått ökad aktualitet genom drogmissbrukets utveckling. Den ökande frekvensen av blandmissbruk och förekomsten av HIV-smitta bland missbrukarna har lett till att hälso- och sjukvårdens insatser blivit allt mer nödvändiga. Den av olika skäl önskvärda inriktningen mot mindre LVM-hem kan komma att medföra försämrade möjligheter att tillhandahålla medicinsk sakkunskap på hemmen. Det är vidare betydelsefullt att den som av samhället berövats sin frihet alltid erbjuds bästa möjliga hälso- och sjukvård. Detta gäller i särskilt hög grad den som berövats friheten av det skälet att det föreligger en allvarlig fara för hans hälsa. Huvudsyftet med LVM-vården är att lägga grunden till en mera långvarig, frivillig behandlingsinsats. Vården under abstinensskedet anses vara av stor vikt när det gäller att skapa motivation för fortsatt vård. Om missbrukaren inte erbjuds en vård som svarar mot hans behov, kan motivationsarbetet motverkas.

Jag anser således att LVM-vård i regel bör inledas med vård på sjukhus. Jag kan samtidigt konstatera att alltför få klienter får sådan sjukhusvård i dag. Det är därför nödvändigt att överväga åtgärder för att öka möjligheterna att bereda klienterna sjukhusvård.

Risken för att missbrukaren avviker är ett viktigt skäl till att så få missbrukare inleder LVM-vården med sjukhusvård. Risken för att någon skall avvika är som regel störst i det inledande skedet då missbrukaren ofta är orolig och känner en stark drift att fortsätta sitt missbruk. Från flera undersökningar vet man också att det är främst under någon av de första dagarna av en vårdperiod som missbrukaren avviker.

Om man skall kunna ge missbrukarna sjukhusvård i den utsträckning som svarar mot deras faktiska behov av sådan vård, måste man minska deras möjligheter att avvika i samband med sjukhusvården.

Respekten för patientens självbestämmande och integritet är en viktig utgångspunkt för hälso- och sjukvården. Ingen får mot sin vilja hållas kvar på ett sjukhus eller utsättas för någon behandling eller något ingrepp. Det finns bara två i lag särskilt angivna undantag från denna huvudregel. Undantagen gäller dels den som lider av en psykisk sjukdom, dels den som lider av en allmänfarlig eller venerisk sjukdom. Dessa kan i vissa kvalificerade fall mot sin vilja kvarhållas på sjukhus och utsättas för behandling. Det kan i sammanhanget också noteras att en behandlingsåtgärd i vissa fall kan få vidtas mot den som är ur stånd att ge samtycke. Det skall då vara fråga om nödfall eller s. k. presumerat samtycke.

Jag anser att principen om frivillighet i hälso- och sjukvården är av så fundamental betydelse att avsteg därifrån måste grundas på mycket starka skäl. Önskemålet att förhindra att en missbrukare avviker från beslutad LVM-vård är inte tillräckligt för att frånga den principen.

Jag är således inte beredd att föreslå att en LVM-patient på ett sjukhus skall kunna behandlas där mot sin vilja eller kvarhållas på sjukhuset i behandlingssyfte. Här måste nuvarande ordning gälla. En annan sak är att det måste skapas garantier för att den beslutade LVM-vården kan genomföras. Som anförts tidigare finns det starka skäl för att hindra en LVM-patient från att avvika. För det första är det självklart att den som efter domstolsprövning ansetts behöva LVM-vård också måste få sådan vård. Avvikningarna från sjukhusen har för det andra fått den olyckliga konsekvensen att LVM-patienterna erhållit sjukhusvård i alltför liten utsträckning. Visserligen måste den LVM-patient som vill lämna sjukhuset också få göra det, men samtidigt behövs det regler som garanterar att han då i stället omedelbart överförs till det LVM-hem där han är intagen eller, i väntan på att han överförs dit, tas om hand av polisen.

Jag föreslår därför att det införs en skyldighet för den ansvarige överläkaren att se till att den som förestår vården vid LVM-hemmet eller socialnämnden underrättas om patienten vill lämna sjukhuset. Den som tagit emot underrättelsen bör därefter omedelbart ordna transport av missbrukaren till LVM-hemmet, antingen genom någon representant för hemmet eller socialnämnden eller genom polisens försorg. Medan man väntar på transport bör patienten kunna hindras från att lämna sjukhuset. Det ligger i sakens natur att man på sjukhuset dessförinnan gjort en bedömning av om lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall är tillämplig eller om det föreligger en sådan nödsituation att patienten måste ha vård. Har patienten redan hunnit lämna sjukhuset bör även detta meddelas den som förestår vården vid LVM-hemmet eller socialnämnden.

Jag vill understryka att den begränsade kvarhållningsrätt på sjukhuset, som förslaget sålunda innebär, inte utgör något avsteg från principen om självbestämmande och frivillighet inom hälso- och sjukvården. Det är således inte fråga om att hålla kvar patienten för behandling utan endast en åtgärd för att trygga att patienten inte avviker från LVM-vården. Patientens önskemål om att få avstå från behandling och vistelse på sjukhus skall alltid uppfyllas. Patienten är emellertid genom beslutet om LVM-vård redan berövad friheten. Det är därför naturligt att han förs över till LVM-hemmet när han avstår från sjukhusbehandling. Det är därför också

naturligt att han hindras att lämna sjukhuset medan han väntar på transport.

Den tid under vilken missbrukaren skall få hållas kvar på sjukhuset bör inte vara längre än vad som behövs för att anordna transport till LVM-hemmet. Det bör åligga överläkaren att genast se till att saken anmäls till LVM-hemmet eller socialnämnden.

Socialberedningen har övervägt andra lösningar, däribland en som innebär att patienten vårdas på sjukhuset under bevakning av personal från LVM-hemmet eller från ett bevakningsföretag. Beredningen har emellertid funnit att denna lösning skulle var mer ingripande för patienten, riskera att störa övrigt vårdarbete på avdelningen och kräva ökade resurser. Den lösning som jag, liksom beredningen, förordar är tydligare för patienten och kan inte utnyttjas i något annat syfte än att säkra transporten av missbrukaren till LVM-hemmet.

Överläkaren åläggs visserligen enligt mitt förslag att genast se till att socialnämnden eller den som förestår vården vid LVM-hemmet underrättas om patienten vill lämna sjukhuset. Nämnden och den som förestår vården vid LVM-hemmet har, som nyss nämnts, sedan möjlighet att anlita polishandräckning för att överföra missbrukaren till LVM-hemmet. Några remissinstanser har ansett att även överläkaren bör ges rätt att begära polishandräckning för detta ändamål. En av dem, riksåklagaren, påpekar att omvägen om socialnämnden eller LVM-hemmet kan ta för lång tid, eftersom det kan röra sig om ett ganska snabbt förlopp när en missbrukare väl gett till känna att han avser att lämna sjukhuset. Enligt riksåklagaren bör överläkaren därför kunna anlita polishandräckning i avvaktan på att ansvaret övertas av socialnämnden eller LVM-hemmet.

Jag delar denna uppfattning och föreslår därför att överläkaren ges rätt att i samband med kvarhållning på sjukhuset begära polishandräckning för att återföra missbrukaren till LVM-hemmet. En föreskrift om detta bör tas in i LVM.

I detta sammanhang vill jag fästa uppmärksamheten på att en missbrukare enligt nu gällande regler, bortsett från en nödsituation, inte kan transporterats till ett sjukhus mot sin egen vilja. Enligt vad socialberedningen inhämtat förekommer det ofta att missbrukare motsätter sig att föras till ett sjukhus, inte för att de motsätter sig sjukhusvård utan därför att de är emot vård över huvud taget. Samtidigt kan det, även i detta fall, ofta vara betydelsefullt att de får komma i kontakt med sjukhusets läkare. Det kan inte uteslutas att en sådan kontakt kan leda till att de accepterar den sjukvårdande behandling som sjukhuset har att erbjuda.

Det åligger socialnämnden att föranstalta om inledande sjukhusvård. Enligt min mening bör LVM kompletteras med en föreskrift som ger socialnämnden rätt att begära polisens biträde med att föra en missbrukare även till sjukhus. Härigenom kan missbrukaren få information av en utanför LVM-vården stående läkare om vilken behandling som erbjuds honom. Om missbrukaren avböjer sjukhusvård, får han transporterats till ett LVM-hem.

Det finns skäl att tro att den föreslagna kvarhållningsrätten kommer att medföra att flertalet av de missbrukare som blir föremål för vård med stöd

av LVM kan ges inledande sjukhusvård om de behöver det. Det är emellertid realistiskt att räkna med att det kommer att finnas klienter som motsätter sig varje form av vård och som därför inte kommer att kunna beredas vård på sjukhus. Med all sannolikhet kommer dessa svårigheter att vara särskilt påtagliga i fråga om en del av narkotikamissbrukarna. För att dessa skall få medicinsk omvårdnad måste det således finnas en beredskap för att tillgodose dessa klienters behov av avgiftning och medicinsk vård vid LVM-hemmen. Det innebär att vissa av LVM-hemmen måste ha tillgång till erforderliga somatiska och psykiatriska resurser.

Där det framstår som ofrånkomligt att bygga upp resurser för hälso- och sjukvård inom LVM-hemmen, bör de komma till stånd genom sjukvårdshuvudmannens försorg, i enlighet med den allmänna ansvarsfördelning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård som gäller bl. a. detta område. De närmare formerna för hur detta skall ske får avgöras från fall till fall genom samarbetsavtal mellan de berörda huvudmännen.

4.8 Huvudmannaskapet för LVM-vården

Mitt förslag: LVM-vård skall även i fortsättningen lämnas genom hem som drivs av landstingskommuner eller kommuner.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt (betänkandet s. 326 f. och 354 f.).

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser tillstyrker beredningens förslag eller lämnar det utan erinran.

Två remissinstanser, Stockholms och Helsingborgs kommuner, avstyrker förslaget och förordar att även enskilda huvudmän ges möjligheter att driva hem enligt LVM. Helsingborgs kommun anser emellertid att offentliga huvudmän skall förbehållas ansvaret att driva hem för vårdtagare som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn enligt 18 § LVM.

Malmö kommun och RNS anser att staten bör vara huvudman för LVM-vården.

Skälen för mitt förslag: Vård med stöd av LVM skall enligt nu gällande regler lämnas genom hem som drivs av landstingskommuner eller kommuner och som enligt en institutionsplan är särskilt avsedda att kunna lämna sådan vård (11 §). Ett sådant hem skall stå under ledning av en styrelse.

Denna regel innebär att endast hem med landstings- eller kommunal huvudman får ta ansvaret för de olika tvångsbefogenheter lagen medger. Dit hör att besluta om intagning och utskrivning från ett LVM-hem, att påkalla biträde av polis, att omhänderta viss egendom och att kroppsvisitera de intagna samt att i vissa fall begränsa deras rörelsefrihet och kontrollera innehållet i försändelser till dem.

Den som vårdas med stöd av LVM måste emellertid inte vistas på LVM-hemmet under hela vårdtiden. Tvärtom föreskrivs i 15 § LVM att den som vårdas med stöd av lagen så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården bör beredas tillfälle att lämna LVM-hemmet för att på

försök vårdas i annan form eller vistas i eget hem. Det möjliggör bl. a. att den intagne kan placeras på en vårdinstitution med enskild huvudman. Det kommunala hem där han intagits enligt LVM behåller då det formella ansvaret för beslut enligt lagen och kan t. ex. begära biträde av polisen för att återhämta missbrukaren om denne avviker eller på annat sätt försvårar genomförandet av vården.

Som framgått av vad jag tidigare anfört bör vårdtiden enligt LVM även i fortsättningen ge utrymme för vård utanför LVM-hemmet. Jag har bl. a. föreslagit att det uttryckligen slås fast i lagen att socialnämnden skall se till att sådan vård ordnas. Det betyder att bl. a. enskilt drivna institutioner bör kunna spela en viktig roll i LVM-vården även i fortsättningen.

Några remissinstanser har synpunkter på att enskilt drivna hem kan utnyttjas för vård utanför LVM-hemmet under vårdtiden. Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län anser att det är betänkligt om man genom en förlängning av vårdtiden vidgar möjligheterna att använda privata institutioner för vård under den tid tvångsbeslut föreligger. RFHL och Verdandi har liknande invändningar. RFHL anser att det är rimligt att vård utanför LVM-hemmet i ökad utsträckning skall kunna ges vid hem som drivs av enskild huvudman, men motsätter sig att vården ges vid institutioner som drivs med framträdande vinstmotiv. RFHL anser att hem som drivs av ideella organisationer i samverkan med myndigheter bildar en kategori av enskilt drivna hem som ej kan jämföras med sådana privata, vinstinriktade behandlingshem.

Jag anser inte att det finns skäl att hindra socialnämnderna att använda enskilt drivna institutioner för försöksvis anordnad vård utanför LVM-hemmen. En sådan begränsning skulle allvarligt försvåra möjligheterna att bereda den som är intagen på ett LVM-hem vård utanför hemmet under vårdtiden med tanke på att stiftelser och enskilda numera svarar för en betydande andel av platserna vid behandlingshemmen för missbrukare. Till bilden hör också att det endast är enstaka hem som drivs i vinstsyfte. De flesta drivs av ideella organisationer i nära samverkan med socialnämnder och andra myndigheter.

Jag är emellertid inte beredd att föreslå att hem med enskild huvudman skall få ta ansvaret för de olika tvångsbefogenheter som lagen medger. Jag är således överens med beredningen och de remissinstanser som anser att LVM-hemmen även i fortsättningen bör drivas av offentliga huvudmän. Enligt min mening har de motiv som anfördes för en sådan ordning i förarbetena till LVM alltjämt giltighet. Vård med stöd av LVM måste omgärdas av olika rättssäkerhetsgarantier. En sådan viktig rättssäkerhetsgaranti är det ansvar som åvilar styrelserna vid de hem som har ansvar för LVM-vården. Enligt min mening är det knappast möjligt att i samma grad tillgodose kraven på rättssäkerhet inom ramen för enskilt driven vård. Det framstår vidare som principiellt betänkligt om samhället frånhänder sig det faktiska ansvaret för människor som berövats sin frihet.

En annan fråga är om det är mest ändamålsenligt att staten eller landsting och kommuner är huvudmän för LVM-hemmen.

Genom de huvudmannaskapsförändringar som genomfördes år 1983 fick kommuner och landsting ansvaret för anordnande och drift av bl. a. behandlingshemmen för missbrukare, inkl. LVM-hemmen.

Ett statligt huvudmannaskap för LVM-hemmen kan från vissa synpunkter framstå som logiskt. Tvångsvårdens roll i missbrukarvården – dess syfte, de situationer i vilka tvångsvård skall aktualiseras, vårdtidens längd etc. – fastställs av statsmakterna, genom beslut i regering och riksdag. Villkoret för att lagen skall tillämpas i verkligheten är dock att de kommunala huvudmännen ställer erforderliga vårdresurser till förfogande. Den aktuella situationen visar att så inte har skett i tillräcklig omfattning, trots den skyldighet som landsting och kommuner har enligt 23 § socialtjänstlagen att anordna de hem för vård eller boende (inkl. LVM-hem) som behövs.

Det finns emellertid också allvarliga invändningar mot en återgång till statligt huvudmannaskap. Som framgått av vad jag tidigare anfört är det av central betydelse att utslussningen från LVM-hemmen och uppföljningen av tvångsvården i andra vårdformer förbättras. Tvångsvården kan aldrig leda till några varaktiga resultat om den, som i dag dessvärre ofta är fallet, blir en lösryckt episod i missbrukarens liv. Tvångsvården måste ses som ett inslag i ett långvarigt behandlingsprogram, som en inledande del av en planerad behandling. Om LVM-vården gavs statligt huvudmannaskap – till skillnad från övriga vårdresurser – skulle den avskiljas från resten av vården och den nödvändiga samordningen mellan tvångsvården och annan vård skulle ytterligare försvåras.

Jag anser således, i likhet med beredningen, att det inte är någon lösning på problemen att staten på nytt skulle ta över det direkta huvudmannansvaret för LVM-vården. LVM-hemmen bör således, enligt min mening, även i fortsättningen ha landstingskommuner eller kommuner som huvudmän. Behovet av en statlig styrning av LVM-vården måste tillgodoses i andra former.

4.9 Den lagtekniska lösningen

Mitt förslag: Mina förslag genomförs i en ny lag om vård av missbrukare i vissa fall. Den nya lagen bygger till stor del på den nuvarande men utformas på ett mer lättillgängligt sätt.

Socialberedningens förslag: Överensstämmer med mitt (betänkandet s. 367).

Remissinstanserna: Endast två remissinstanser, länsrätten i Stockholms län och Verdandi, har behandlat förslaget. Länsrätten anser att de preciseringar, ändringar och kompletteringar av LVM, som beredningen har föreslagit, inte är av sådan omfattning och av sådant slag att rätten känner sig övertygad om att LVM behöver ersättas av en ny lag med samma namn. Verdandi anser att det är grovt vilseledande av socialberedningen att hävda att de föreslagna ändringarna i sak inte är av den omfattningen att den nuvarande lagens rubrik behöver ändras.

Skälen för mitt förslag: Den nuvarande LVM är strukturerad på ett sådant sätt att lagen bitvis är svårläst. Läsare som vill följa gången av ett

ärendet tvingas bläddra fram och tillbaka i lagen. Den bör därför ges en mer logisk disposition utifrån handläggningsordningen av ett LVM-ärende. Det kommer, i likhet med socialberedningens förslag, att innebära att så gott som samtliga paragrafer i LVM berörs. Jag anser det därför lämpligt att mina förslag genomförs i en ny lag som ersätter den nuvarande. Den nya lagen kan till stor del bygga på den nuvarande, men bör utformas på ett mer lättillgängligt sätt.

Den nuvarande lagens rubrik är väl inarbetad och bör av den anledning inte ändras, eftersom det inte finns särskilda skäl för det. Rubriken täcker väl lagens föreslagna innehåll.

5 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag nu har anfört har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1. lag om vård av missbrukare i vissa fall.
2. lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620).

Förslagen bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 4*.

6 Specialmotivering

6.1 Förslaget till lag om vård av missbrukare i vissa fall

Den nya lagen bygger till stor del på den gamla men innebär också en del nyheter. Nya regler ges om syftet med tvångsvård, läkares skyldighet att anmäla behov av ett omedelbart omhändertagande, beräkning av vårdtid, kvarhållningsrätt på sjukhus, socialnämndens ansvar under vårdtiden och anmälningsskyldighet för LVM-hemsföreståndare om en intagen inte bereds vård utanför LVM-hemmet. Sakliga ändringar och tillägg görs huvudsakligen i reglerna om grunderna för att bereda tvångsvård, rätten att besluta om omedelbart omhändertagande, utredningsförfarandet, när rättsens beslut om vård upphör att gälla, vårdtiden och polishandräckning. Samtidigt genomförs en del lagtekniska förenklingar och förtydliganden.

Dispositionen är ny. Några mellanrubriker är också nya.

Lagen börjar med Inledande bestämmelser (1–3 §§). Här återfinns en portalparagraf (1 §), bestämmelser som klargör LVM:s roll i förhållande till frivillig vård (2 §) och en bestämmelse om syftet med vården (3 §).

Efter de inledande bestämmelserna följer regler om beredande av vård (4–12 §§). Här anges grunderna för tvångsvård (4 §) och vem som beslutar om sådan vård (5 §). Vidare finns föreskrifter om anmälningsskyldighet till länsstyrelsen (6 §), utredningsförfarandet (7 och 8 §§), förordnande av kontaktman (9 §), läkarundersökning (10 §), ansökan om vård (11 §) och verkställighet av beslut om tvångsvård samt när sådant beslut upphör att gälla (12 §).

Efter reglerna om beredande av vård finns bestämmelser om omedelbart omhändertagande (13–19 §§). Här ges bestämmelser om beslut om omedelbart omhändertagande (13 §), läkares anmälningsskyldighet till social-

nämnden (14 §), underställning av och underrättelse om ett beslut om omedelbart omhändertagande (15 §), kommunikation med den omhändertagne (16 §), frister för prövning av underställt beslut och för ansökan om vård (17 och 18 §§) samt bestämmelser om verkställighet av beslut om omedelbart omhändertagande (19 §).

Under rubriken Vårdtid upptas bestämmelser om när vården skall upphöra och hur vårdtiden beräknas (20 och 21 §§).

Därefter följer regler om vården (22–30 §§). Här ges bestämmelser om var tvångsvård lämnas (22 och 23 §§) och om inledande sjukhusvård och kvarhållningsrätt på sjukhus (24 §). Vidare finns regler om vilka rättigheter och skyldigheter som gäller för den som förestår vården vid ett LVM-hem under vårdtiden samt regler om socialnämndens ansvar under och efter denna tid (25–30 §§).

Vidare finns bestämmelser som handlar bl. a. om särskilda befogenheter att omhänderta viss egendom och hur man sedan skall förfara med den (31–36 §§), samt bestämmelser om handläggning av mål och ärenden (37–43 §§), överklagande av beslut (44 §), polishandräckning (45 §) och åtalsprövning (46 §).

Under rubriken Övriga bestämmelser finns regler som förklarar vad som avses med socialnämnden och länsstyrelsen samt forumregler för länsrätt (47 §). Vidare finns vissa regler om LVM-hemmens styrelser (48 §).

När jag nu går över till att kommentera lagförslaget, inriktar jag mig på nyheterna. De regler, som har flyttats från den gamla lagen till den nya utan ändring i sak, går jag i allmänhet inte in på. För en kommentar till dessa regler får jag hänvisa till de förarbeten som ligger till grund för den gamla lagen (prop. 1981/82:8 s. 73–122 och 124–128, SoU 22). Jag vill även hänvisa till de förarbeten som ligger till grund för ändringar i 17 resp. 2, 9, 10, 12, 21 och 33 §§ i den gamla lagen (prop. 1981/82:141 s. 51, JuU 49 och 60 resp. prop. 1983/84:174 s. 29–32, SoU 33).

Inledande bestämmelser

1 § De i 1 § socialtjänstlagen (1980:620) angivna målen för samhällets socialtjänst skall vara vägledande för all vård som syftar till att hjälpa enskilda människor att komma ifrån missbruk av alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel. Vården skall bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde.

Paragrafen överensstämmer i huvudsak med 1 § i den gamla lagen. Enda skillnaden är att också missbruk av "andra beroendeframkallande medel" är omnämnt. Utvidgningen är föranledd av en motsvarande ändring i förutsättningarna för tvångsvård, vilken kommenteras närmare i specialmotiveringen till 4 §.

2 § Vård inom socialtjänsten ges en missbrukare i samförstånd med honom enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (1980:620). En missbrukare skall dock beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i denna lag (tvångsvård).

Första stycket motsvarar del av 2 § första stycket i den gamla lagen. Ordet "kan" i den gamla lagen har dock bytts ut mot "skall", vilket kommenteras närmare i specialmotiveringen till 4 §. Bestämmelserna i första stycket klargör LVM:s roll i förhållande till frivillig vård. Den frivilliga vården ges enligt socialtjänstlagen (1980:620), SoL, medan missbrukarvård oberoende av den enskildes samtycke ges enligt LVM. Sådan vård som ges med stöd av LVM kallas tvångsvård.

Bestämmelsen i *andra stycket* motsvarar 14 § första stycket i den gamla lagen. Hänvisningen till socialtjänstlagen innebär bl. a. att principerna om helhetssyn, normalisering, kontinuitet, flexibilitet och närhet skall gälla så långt möjligt.

3 § Tvångsvården skall syfta till att motivera missbrukaren att frivilligt medverka till fortsatt behandling och stöd för att komma ifrån sitt missbruk.

Denna paragraf, som är ny, anger syftet med tvångsvården. Syftet är att motivera missbrukaren att frivilligt medverka till fortsatt behandling och stöd för att komma ifrån missbruket. Detta innebär både ett långsiktigt mål, nämligen frihet från missbruket, och ett kortsiktigt mål, nämligen motivation till frivillig vård. Genom vården uppnår man dessutom den effekten att ett fortgående missbruk avbryts.

Tvångsvårdens syfte har betydelse bl. a. när det gäller att avgöra när tvångsvården skall upphöra. Som framgår av 20 § skall tvångsvården upphöra så snart syftet med vården är uppnått och alltid senast när vården har pågått i sex månader. Vården skall alltså upphöra före sexmånadersfristens utgång, om tillräckliga skäl talar för att missbrukaren är motiverad att frivilligt ta emot fortsatt behandling och stöd för att komma ifrån missbruket. Bestämmelsen förutsätter en fortlöpande prövning av om missbrukaren har blivit så motiverad att han bedöms klara fortsatt behövlig vård i frivilliga former. Det räcker alltså inte att han förklarar sig gå med på sådan vård. Se vidare kommentaren till 20 §.

Beredande av vård

4 § Tvångsvård skall beslutas, om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller annat beroendeframkallande medel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (1980:620) eller på något annat sätt och han till följd av missbruket

1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
2. uppenbarligen äventyrar sina levnadsförhållanden i övrigt, eller
3. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Om någon för kortare tid ges vård med stöd av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt denna lag.

Denna paragraf, som motsvarar 2 och 3 §§ i den gamla lagen, anger förutsättningarna för att bereda en missbrukare tvångsvård.

Medan den gamla lagen föreskriver att missbrukaren oberoende av eget samtycke "kan" beredas vård (2 §) och att vård "får" beslutas (3 §) anges i *första stycket* att tvångsvård *skall* beslutas, om förutsättningarna för sådan vård i övrigt är uppfyllda. Om missbrukaren eller hans närstående befinner sig i så allvarlig situation som lagen anger och frivilliga insatser inte hjälper har samhället en skyldighet att ingripa. Genom ordet "skall" markeras detta ansvar. Ordet "skall" används även i lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, i motsvarande fall.

Begreppet *fortgående missbruk* har samma innebörd som i den gamla lagen. Detta har berörts i den allmänna motiveringen, avsnitt 4.3.2.

Till skillnad från nuvarande ordning omfattar bestämmelserna i första stycket förutom missbruk av alkohol och narkotika även missbruk av *annat beroendeframkallande medel*. Detta tillägg har behandlats i avsnitt 4.3.1. Avsikten med tillägget är att i första hand fånga upp det allvarliga missbruk av flyktiga lösningsmedel som förekommer i inte obetydlig omfattning. De medel som missbrukas är t. ex. toulén, trikloretylen, xylen och bensen. Dessa ämnen finns i bl. a. thinner, lim, färger, fläckborttagningsmedel och som drivgas i sprayförpackningar. Uttrycket *beroendeframkallande medel* avser att täcka även läkemedel och andra medel som utan att vara klassificerade som narkotika missbrukas på ett sådant sätt att förutsättningarna för ett tvångsomhändertagande i övrigt är uppfyllda. Det skall vara fråga om medel som kan framkalla ett beroende och leda till allvarliga medicinska och sociala skador liknande dem, som alkohol och narkotika kan ge. Begreppet "beroendeframkallande medel" förekommer såväl i LVU som i SoL.

I den gamla lagen angavs som en förutsättning för tvångsvård att missbrukaren skulle vara i *trängande* behov av sådan vård. Ordet *trängande* återfinns inte i den nya lagen. Detta förhållande har behandlats i avsnitt 4.3.2.

Före ett beslut om tvångsvård måste rätten enligt nuvarande ordning konstatera att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller någon annan lag såsom t. ex. LVU eller lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, LSPV. Vårdbehovet kan naturligtvis i vissa fall tillgodoses även utan inblandning av något offentligt organ. Med orden *eller på något annat sätt* i första stycket kommer även sådan vård att innefattas vid bedömningen av behovet av tvångsvård. Av paragrafens andra stycke framgår att om någon för en kortare tid ges vård med stöd av LSPV, detta inte hindrar ett beslut om tvångsvård enligt denna lag.

För tvångsvård krävs vidare att det på grund av missbruket föreligger sådana omständigheter som anges i endera av specialindikationerna i punkterna 1, 2 eller 3. Specialindikationen i *punkten 1* – att den enskilde till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara – finns redan enligt gällande ordning. Den sociala specialindikationen i *punkten 2* är däremot ny. Den har behandlats i den allmänna motiveringen, avsnitt 4.3.2. Avsikten är att domstolen vid sin prövning av om en

missbrukare skall beredas tvångsvård skall göra en helhetsbedömning av missbrukarens personliga förhållanden. Omständigheter som skall beaktas är inte bara faran för missbrukarens fysiska eller psykiska hälsa, dvs. om förutsättningen för tvångsvård enligt specialindikationen i punkten 1 föreligger, utan även om han på grund av missbruket äventyrar sina levnadsförhållanden i övrigt, varvid punkten 2 kan bli tillämplig. Den sociala indikationen tar sikte på omständigheter som vid en helhetsbedömning närmast framstår som avgörande för den enskildes fortsatta liv. Missbrukaren är på väg att hamna i ett socialt "utanförskap" till följd av missbruket. Missbruket dominerar hans livsföring. Han är till följd av missbruket nära att helt slås ut från arbetsmarknad eller utbildning och att förlora möjligheterna till ett normalt boende. Han kan inte längre upprätthålla normala sociala relationer. Det skall således vara fråga om en utomordentligt allvarlig situation, där missbruket uppenbarligen äventyrar, dvs. näst intill ointetgör, missbrukarens möjligheter att under lång tid framöver leva ett människovärdigt liv. I sådana fall måste samhället ingripa med tvångsvård även om hälsan i strikt medicinsk mening ännu inte kan anses allvarligt hotad.

Punkten 3 som tar sikte på risken för självmord och skada på närstående överensstämmer med nuvarande ordning. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 4.3.3 vad gäller skada på annan än missbrukaren själv.

Andra stycket som i sak överensstämmer med 2 § andra stycket i den gamla lagen har ändrats endast redaktionellt. Framhållas bör att bestämmelsens utformning får övervägas på nytt i anslutning till den reformering av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen som förbereds i regeringskansliet.

I detta sammanhang vill jag ta upp frågan om den nya lagens avgränsning mot smittskyddslagen (1968:231). Syftet med smittskyddslagen är att skydda befolkningen mot allvarliga smittsamma sjukdomar. De sjukdomar som omfattas av lagen delas in i främst allmänfarliga och veneriska sjukdomar. Den enskildes behov av hälso- och sjukvård när han drabbas av smitta är det störjt för genom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Detta innebär att LVM och smittskyddslagen kan tillämpas parallellt och oberoende av varandra. Att en missbrukare är smittad av exempelvis gonorré eller HIV hindrar inte att han bereds vård enligt LVM, om LVM:s övriga rekvisit är uppfyllda. Han är under vistelsen på LVM-hemmet underkastad smittskyddslagens regler om t. ex. skyldighet att följa läkares föreskrifter om åtgärder för att hindra smittspridning. Om en missbrukare som bereds vård med stöd av LVM på ett LVM-hem är smittad av en allmänfarlig eller venerisk sjukdom och det finns grundad anledning att befara att han sprider smitta på LVM-hemmet, kan han med stöd av smittskyddslagens regler mot sin vilja tas in på ett sjukhus. Det finns således inget som hindrar att någon som vårdas enligt LVM blir föremål för åtgärder enligt smittskyddslagen, om hänsynen till smittskyddet så kräver.

I sammanhanget kan erinras om att det från och med den 1 februari 1987 införts (prop. 1986/87:2, SoU 9, rskr. 82) en möjlighet att överföra en narkotikamissbrukare som är intagen på sjukhus med stöd av smittskyddslagen till en institution där han kan få adekvat vård och behandling för sitt

missbruk. En sådan överflyttning förutsätter att missbrukaren går med på den. Vid vistelsen på institutionen anses intagningen vid sjukhuset bestå.

Om förutsättning föreligger för ett tvångsomhändertagande enligt både LVM och smittskyddslagen, bör länsstyrelsen och smittskyddsläkaren samråda innan en framställning om tvångsingripande enligt någon av de nämnda lagarna görs hos länsrätten. Om de finner att det finns skäl anta att missbrukaren kan tas om hand på ett sådant sätt enligt LVM, att det inte finns grundad anledning befara att han skall sprida smitta, bör framställningen till länsrätten avse vård enligt LVM. Om det däremot står klart att sådan risk för smittspridning föreligger, bör framställningen i stället avse intagning på sjukhus enligt smittskyddslagen.

Om det finns grundad anledning att befara att den som vårdas enligt LVM sprider smitta, kan smittskyddsläkaren – om förutsättningar i övrigt föreligger – göra en framställning till länsrätten om intagning på sjukhus enligt smittskyddslagen. Beslutar länsrätten om intagning bör beslutet om LVM-vård bestå. Beslutet enligt smittskyddslagen innebär dock att den smittade skall flyttas över till ett sjukhus.

Inom socialdepartementet bereds för närvarande en proposition med förslag om en ny smittskyddslagstiftning. I det sammanhanget övervägs möjligheterna för smittskyddsläkaren att ingripa mot den som sprider smitta till andra.

5 § Länsrätten beslutar om beredande av tvångsvård.

Bestämmelsen överensstämmer i sak med 4 § i den gamla lagen, men har ändrats språkligt.

6 och 7 §§

6 § Myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare är skyldiga att anmäla till länsstyrelsen om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt denna lag. Detta skall dock inte gälla myndigheter inom hälso- och sjukvården i vidare mån än som följer av andra stycket.

En läkare skall göra anmälan till länsstyrelsen, om han i sin verksamhet kommer i kontakt med någon som kan antas vara i behov av vård enligt denna lag och han bedömer att denne inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

7 § Länsstyrelsen skall inleda utredning, när den genom anmälan enligt 6 § eller på något annat sätt har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård.

Myndigheter som anges i 6 § första stycket är skyldiga att lämna länsstyrelsen alla uppgifter som kan vara av betydelse för en sådan utredning.

Bestämmelserna i 6 § och 7 § andra stycket motsvarar i sak 30 § i den gamla lagen. Vissa språkliga och redaktionella ändringar har gjorts. Bestämmelsen i 7 § första stycket motsvarar 5 § första stycket första meningen i den gamla lagen. Föreskriften i den gamla lagen, att länsstyrelsen

utreder om det finns skäl att bereda någon vård, har byggts ut för att klargöra dels när länsstyrelsen skall inleda utredning enligt lagen, dels att ett LVM-ärende kan initieras såväl genom en anmälan enligt 6 § som genom att t. ex. en anhörig vänder sig till myndigheten. Med att inleda utredning förstås inte bara att den skall påbörjas genom att uppgifter inhämtas från andra myndigheter utan även att länsstyrelsen har ett ansvar för att utredningen fullföljs (jfr kommentarerna till 50 § SoL, prop. 1979/80:1, del A s. 562). Av 37 § framgår att utredningen skall handläggas skyndsamt.

8 § När en fråga uppkommit om att bereda en missbrukare tvångsvård skall socialnämnden lämna länsstyrelsen en redogörelse för missbrukarens förhållanden samt för tidigare vidtagna och för planerade åtgärder. Socialnämnden skall också ange i vilket hem intagning kan ske och vilken vård utanför hemmet som planeras, om intagning sker.

Bestämmelsen att socialnämnden skall utföra utredningsarbetet är ny. Den har behandlats i den allmänna motiveringen, avsnitt 4.4. Paragrafen bygger i övrigt på 5 § andra stycket i den gamla lagen, som anger innehållet i länsstyrelsens ansökan.

Ansvaret för ansökningsförfarandet skall fortfarande ligga hos länsstyrelsen. Länsstyrelsen skall emellertid i normalfallet anlita socialnämnden för själva utredningsarbetet. Socialnämnden skall på grund av sin allmänna utredningsskyldighet enligt 50 § SoL alltid göra en utredning när nämnden fått kännedom om något som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Åtgärder från nämndens sida kan vara påkallade oavsett om LVM kan antas vara tillämplig.

I paragrafen åläggs socialnämnden att lämna länsstyrelsen en redogörelse för den enskildes aktuella situation och för tidigare vårdinsatser. Socialnämnden skall också ange vilka åtgärder som planeras från nämndens sida. Det får förutsättas att nämnden delegerar dessa uppgifter till en tjänsteman hos nämnden, i regel den kontaktman som utses enligt 9 §. Enligt 54 § SoL skall i ärenden hos socialnämnden som avser myndighetsutövning mot enskild gälla förvaltningslagens bestämmelser om parts rätt till insyn, kommunikation, parts rätt att meddela sig muntligt m. m. Dessa bestämmelser gäller även när det är fråga om ett yttrande till en annan myndighet i ett mål eller ärende som rör myndighetsutövning mot enskild hos denna. Detta innebär att förvaltningslagens regler om bl. a. kommunikation skulle vara tillämpliga vid ett förfarande där socialnämnden avgav ett yttrande till länsstyrelsen i ett LVM-ärende. Ett sådant förfarande skulle innebära risk för dubbla processer och därmed onödigt dröjsmål genom att en missbrukare t. ex. begär att få inställa sig på ett sammanträde med socialnämnden. För att undvika en sådan ordning föreskrivs i 8 § att socialnämnden skall lämna en redogörelse för missbrukarens förhållanden i olika avseenden. Det uppdras alltså åt nämnden att föranstalta om en utredning som inte skall mynna ut i ett förslag. Utredarens uppgift blir endast att samla in och sammanställa fakta och upplysningar. Eftersom det inte blir fråga om något egentligt yttrande från nämnden blir förvaltningslagens regler om kommunikation m. m. inte tillämpliga. Av 52 § SoL följer samtidigt att

missbrukaren bör hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om honom. Missbrukaren får i vart fall möjlighet att yttra sig över redogörelsen sedan målet anhängiggjorts i domstolen.

Även om det är socialnämnden, eller en tjänsteman hos nämnden, som utför själva utredningsarbetet, är det som nämnts vid 7 § länsstyrelsen som har ansvaret för att utredningen blir fullständig. Länsstyrelsen kan låta komplettera utredningen t. ex. genom att uppmana socialnämnden att vidta någon ytterligare utredningsåtgärd. En företrädare för länsstyrelsen kan naturligtvis också välja att träffa missbrukaren under utredningen.

Eftersom det är socialnämnden som skall ordna en plats för missbrukaren på ett LVM-hem, är det lämpligt att nämnden åläggs att upplysa länsstyrelsen om vilket hem som kan komma i fråga. Den ändring som görs i förhållande till vad som nu gäller är att skyldigheten uttryckligen läggs på nämnden. I praktiken fungerar det redan så att länsstyrelsen inhämtar uppgifter från socialnämnden, som bäst känner klienten och som har en god överblick över institutionsresurserna.

Socialnämnden har ett vårdansvar för missbrukaren. Detta innebär bl. a. att det är socialnämnden som skall anordna insatser för missbrukaren utanför LVM-hemmet, om intagning sker (se 27 §). Det är viktigt att socialnämnden på ett tidigt stadium, redan under utredningsförfarandet, kan ange vilken vård utanför LVM-hemmet som bör komma i fråga. Det är angeläget för vårdens resultat att LVM-vården utnyttjas för sådana insatser. Därför skall en plan över vården i allmänhet ingå i utredningen när länsrätten bedömer om LVM-vård kan anses befogad. Det ligger i sakens natur att en långtgående konkretisering av planerna inte alltid är möjlig. En översiktlig planering bör dock alltid kunna göras.

9 § Socialnämnden skall i samband med att redogörelsen enligt 8 § upprättas utse en tjänsteman hos nämnden som skall svara för kontakterna med missbrukaren och med olika vårdgivare.

I paragrafen slås fast att en tjänsteman hos nämnden skall utses till kontaktman för missbrukaren i samband med att redogörelsen upprättas. Bestämmelsen har sin motsvarighet i 14 § andra stycket tredje meningen i den gamla lagen, men anger nu tydligare att kontaktmannen skall utses redan under utredningstiden. Erfarenheterna visar att den enskilde behöver stöd även under denna tid. Avsikten är att kontaktmannen skall följa missbrukaren under hela vårdtiden. Efter vårdtidens slut eller om tvångsvård inte kommer till stånd finns inte längre någon grund för en kontaktman enligt LVM. Om det är befogat och i överensstämmelse med den enskildes vilja kan då utses kontaktperson enligt SoL. I vart fall bör det vara naturligt att samma person hos socialnämnden även får ett ansvar för de eventuella frivilliga insatser som kan komma i fråga. Till kontaktmannens uppgifter hör att informera den enskilde om vilka regler som gäller för vården. En annan viktig uppgift är att förmedla kontakt med andra i missbrukarens närhet som kan bistå denne. Detta förutsätter givetvis samtycke från den enskilde.

En ledamot av socialnämnden kan, till skillnad från vad som hittills har gällt, inte längre utses till kontaktman.

10 § När utredningen har inletts skall länsstyrelsen, om det inte är uppenbart obehövt, besluta om läkarundersökning av missbrukaren samt utse en läkare för undersökningen. Läkaren skall i ett intyg ange missbrukarens aktuella hälsotillstånd.

Bestämmelsen motsvarar 5 § tredje stycket första meningen och 25 § första stycket första meningen i den gamla lagen. Som framgår av den allmänna motiveringen, avsnitt 4.4, skall läkaren enbart uttala sig om missbrukarens aktuella hälsotillstånd och inte om förutsättningarna för tvångsvård enligt hans åsikt är uppfyllda. Det är länsrätten som har att göra bedömningen om förutsättningar för tvångsvård föreligger.

Läkarundersökning behöver inte ske om det är uppenbart obehövt. Därmed avses t.ex. det fallet att ett aktuellt läkarintyg redan finns i ärendet.

11 § Anser länsstyrelsen efter utredning att det finns skäl att bereda någon tvångsvård, skall länsstyrelsen ansöka om sådan vård hos länsrätten.

Till ansökan skall fogas de uppgifter socialnämnden lämnat enligt 8 § och, om det inte möter synnerligt hinder, ett läkarintyg om missbrukarens aktuella hälsotillstånd.

Om ansökan inte innehåller läkarintyg eller om det behövs av något annat skäl, får rätten besluta om läkarundersökning.

Första och andra styckena motsvarar i huvudsak 5 § i den gamla lagen. Länsstyrelsen skall i sin ansökan ange vilka omständigheter som åberopas som stöd för ansökan. Länsstyrelsen skall bifoga socialnämndens uppgifter om missbrukarens förhållanden m. m. och i normalfallet ett läkarintyg.

Bestämmelsen i *tredje stycket* motsvarar 25 § första stycket andra meningen i den gamla lagen. Ett tillägg har gjorts med orden "eller om det behövs av något annat skäl" vilket tar sikte på det fallet att rätten av någon anledning anser sig behöva ett nytt intyg.

12 § Har rätten beslutat om tvångsvård skall socialnämnden se till att beslutet verkställs genom att missbrukaren bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 24 § första stycket, på sjukhus.

Rättens beslut upphör att gälla, om vården inte har påbörjats inom fyra veckor från den dag då beslutet vann laga kraft.

Beslutet upphör också att gälla om missbrukaren, sedan vården har påbörjats, under minst sex månader i följd antingen har vistats olovligt utanför ett hem som avses i 22 § eller varit intagen i häkte eller kriminalvårdsanstalt.

Bestämmelsen i *första stycket* motsvarar 6 § första stycket och 12 § första stycket andra meningen i den gamla lagen. Här har bestämmelserna förts samman och därmed anges tydligare vad socialnämndens verkställighetsåtgärder avser. I verkställigheten ingår att se till att missbrukaren får en plats på ett LVM-hem och att han inställer sig på hemmet. Om socialnämnden finner att missbrukaren behöver sjukhusvård skall nämnden se till att han bereds plats på ett sjukhus för inledande sjukhusvård. Att själva beslutet om intagning på ett LVM-hem fattas av den som förestår vården

där framgår av 25 §. Av 45 § framgår att polismyndigheten på begäran skall bistå socialnämnden med att genomföra ett vårdbeslut.

Bestämmelsen i *andra stycket*, som har sin huvudsakliga motsvarighet i 6 § andra stycket i den gamla lagen, har anpassats till motsvarande bestämmelse i LVU. Tidsfristen har sålunda utökats från två till fyra veckor räknat från den dag då rättens beslut vann laga kraft. Genom ändringen motverkas att beslutet om vård hinner förfalla, om missbrukaren håller sig undan. Fyra veckor ger ett rimligt utrymme för att förmå missbrukaren att inställa sig frivilligt och för att, vid behov, ordna polishämtning.

Bestämmelsen i *tredje stycket* är ny och har tillkommit som en följd av bestämmelserna i 21 § om beräkning av vårdtiden. Som vårdtid skall enligt 21 § inte räknas den tid då missbrukaren utan tillstånd vistas utanför ett LVM-hem eller då han är häktad eller intagen i en kriminalvårdsanstalt. Detta innebär att vårdtiden förlängs med den tid som missbrukaren varit avviken eller intagen i häkte eller kriminalvårdsanstalt. Om missbrukaren i något fall skulle vara avviken eller intagen under en längre tid – minst sex månader i följd – skall beslutet om tvångsvård upphöra att gälla. Efter en så lång tid är det rimligt att en domstol avgör om förutsättningar för vård fortfarande är för handen. Det fordras alltså ett nytt ansöknings- och domstolsförfarande för att missbrukaren efter denna tid skall kunna vårdas med stöd av LVM.

Omedelbart omhändertagande

13 § Socialnämnden eller polismyndigheten får besluta att en missbrukare omedelbart skall omhändertas, om

1. det är sannolikt att han kan beredas vård med stöd av denna lag, och
2. rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att han kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat, om han inte får omedelbar vård, eller på grund av att det föreligger en överhängande risk för att han till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Kan socialnämndens beslut om omhändertagande inte avvaktas, får beslut om omhändertagande fattas av nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat. Beslutet skall anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

När länsstyrelsen har ansökt om tvångsvård, får även rätten besluta att missbrukaren omedelbart skall omhändertas.

Paragrafens innehåll har behandlats i den allmänna motiveringen, avsnitt 4.5. *Första stycket* har sin motsvarighet i 8 § första stycket i den gamla lagen. En nyhet är dock att socialnämnden vid sidan av polismyndigheten skall kunna besluta om omedelbara omhändertaganden. Polismyndigheten skall alltså även fortsättningsvis besluta om ett omedelbart omhändertagande av en missbrukare som polisen träffar på i sin verksamhet, om förutsättningarna för att göra det är uppfyllda. Likaså skall socialnämnden besluta om omedelbart omhändertagande i fall där dess företrädare har uppmärksammat eller fått vetskap om missbrukare som behöver tas om hand.

Tillägget av en social indikation i 4 § första stycket 2 har inte lett till någon utvidgning av grunderna för omedelbart omhändertagande.

Andra stycket. Det är socialnämnden som sådan som skall fatta beslut om omedelbart omhändertagande. Ofta är det emellertid mycket bråttom. Det är då inte alltid möjligt att tillkalla nämnden för att denna skall besluta i frågan. Nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat har därför getts rätt att besluta om omedelbart omhändertagande, om nämndens beslut inte kan avvaktas. Ett beslut som har fattats av nämndens ordförande eller någon annan ledamot kan inte ändras av nämnden. För att ge nämnden insyn i hur dessa ärenden handläggs har emellertid föreskrivits en anmälningsplikt till nämnden. Beslutet skall anmälans vid nämndens nästa sammanträde. Regeln motsvarar vad som föreskrivs om omedelbart omhändertagande i 6 § andra stycket LVU.

Tredje stycket motsvarar 8 § andra stycket i den gamla lagen.

14 § En läkare skall göra anmälan till socialnämnden, om han i sin verksamhet kommer i kontakt med någon som kan antas omedelbart behöva tas om hand enligt denna lag och han bedömer att denne inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

I paragrafen, som är ny och utformad på liknande sätt som 6 § andra stycket, åläggs en läkare att anmäla behov av omedelbart omhändertagande direkt till socialnämnden om behovet av vård inte kan tillgodoses av honom själv och inte heller på annat håll inom hälso- och sjukvården. Regeln har införts för att en läkare om det är brådskande inte skall vara hänvisad till att vända sig till länsstyrelsen för att initiera ett ärende om tvångsvård. Han kan i stället vända sig direkt till socialnämnden, som om förutsättningarna är uppfyllda snabbt kan besluta om ett omedelbart omhändertagande. Bestämmelsen har behandlats i den allmänna motivering- en; avsnitt 4.5.

15 § Har socialnämnden eller polismyndigheten beslutat om omedelbart omhändertagande, skall beslutet genast underställas länsrätten eller, om beslutet har fattats efter det att länsstyrelsen har ansökt om tvångsvård, den rätt som prövar frågan om vård.

Länsstyrelsen skall genast underrättas om beslutet. Har polismyndighe- ten fattat beslutet, skall myndigheten genast underrätta socialnämnden om sitt beslut.

Paragrafen, som har sin motsvarighet i 9 § första stycket första meningen och tredje stycket första meningen i den gamla lagen, har anpassats till att även socialnämnden skall kunna besluta om omedelbara omhändertagan- den.

Första stycket. Bestämmelsen om att ett omedelbart omhändertagande genast skall underställas länsrätten har bibehållits. Det finns inte skäl att ge socialnämnden en längre frist när det gäller att underställa ett omedelbart omhändertagande än vad som gäller för polismyndigheten. Socialnämnden får se till att det skapas ändamålsenliga rutiner inom socialförvaltningen för omedelbara omhändertaganden.

Andra stycket. Länsstyrelsen skall genast underrättas om socialnämndens eller polismyndighetens beslut om ett omedelbart omhändertagande. Det är också naturligt att polismyndigheten även i fortsättningen genast underrättar socialnämnden, som har det direkta ansvaret för att missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver. Socialnämnden skall enligt 19 § se till att den som är omedelbart omhändertagen utan dröjsmål bereds vård på ett LVM-hem eller på sjukhus.

16 § Innan ett beslut om omedelbart omhändertagande underställs rätten skall den myndighet som fattat beslutet, om det inte möter hinder, låta den omhändertagne få del av handlingarna i ärendet samt underrätta honom om hans rätt att

1. yttra sig skriftligt till rätten inom en viss angiven tid,
2. begära muntlig förhandling, och
3. erhålla rättshjälp genom offentligt biträde.

Myndigheten skall också upplysa honom om att rätten kan komma att avgöra målet även om yttrande inte lämnas.

Bestämmelsen, som motsvarar 9 § första stycket andra meningen och del av 9 § tredje stycket andra meningen i den gamla lagen, har ändrats redaktionellt. Den nuvarande regeln om att det är polismyndigheten som skall låta den omhändertagne få del av handlingarna och som skall upplysa honom om vissa förhållanden har utvidgats till att avse även socialnämnden som en följd av att även nämnden getts befogenhet att fatta beslut om att omedelbart omhänderta en missbrukare. Bestämmelserna om underrättelse och upplysning till den omhändertagne gäller även när omhändertagandet har beslutats efter det att länsstyrelsen har ansökt om vård.

17 § Rätten skall så snart det kan ske och senast inom fyra dagar från det att beslutet underställdes rätten eller, om beslutet inte är verkställt när det underställs, från det att beslutet verkställdes, pröva om omhändertagandet skall bestå. Denna tid får förlängas till en vecka, om det på grund av någon särskild omständighet är nödvändigt.

Om det inte finns skäl för omhändertagande, skall rätten genast upphäva beslutet.

Paragrafen motsvarar 9 § andra stycket i den gamla lagen. Här har emellertid införts en nyhet som består i att fristen för rättens prövning räknas från det att omhändertagandet har verkställts, i de fall beslutet inte var verkställt när det underställdes. Den nya bestämmelsen tar sikte framför allt på socialnämndens omhändertaganden, eftersom polismyndigheten av naturliga skäl i regel fått ett omhändertagande verkställt innan det underställs. Om missbrukarens frånvaro omöjliggör för rätten att fastställa ett omhändertagandebeslut, är rätten idag tvungen att upphäva beslutet, trots att missbrukaren när han påträffas kan vara i stort behov av ett omhändertagande. Med den nya beräkningen av fristen för rättens prövning kan man undvika en ny omgång med omhändertagandebeslut och underställning. Bestämmelsen har behandlats i den allmänna motiveringen, avsnitt 4.5.

18 § Om omhändertagande har beslutats enligt 13 § första eller andra stycket, skall ansökan om tvångsvård ha kommit in till länsrätten inom en

vecka från det länsrätten meddelade beslut att omhändertagandet skulle bestå. Har ansökan inte kommit in inom denna tid eller finner länsrätten att det inte längre finns skäl för omhändertagande, skall länsrätten upphäva beslutet om omhändertagande.

Ett beslut om omhändertagande upphör att gälla när rätten avgör frågan om vård enligt denna lag eller om den omhändertagne häktas.

Paragrafen motsvarar 10 § i den gamla lagen.

Första stycket. Förutom vissa redaktionella ändringar har formuleringen "har ansökan inte kommit in" i andra meningen ersatt den tidigare "görs inte ansökan", för att bättre stämma överens med tidsfristen i första meningen.

19 § Socialnämnden skall se till att den som är omhändertagen enligt 13 § utan dröjsmål bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 24 § första stycket, på sjukhus.

Paragrafen har sin motsvarighet i 12 § andra stycket i den gamla lagen. Vissa redaktionella ändringar har gjorts. Bestämmelsen innebär att socialnämnden så snart som möjligt skall ordna plats vid ett LVM-hem eller vid behov på ett sjukhus. Om det behövs får nämnden begära biträde av polisen för att inställa missbrukaren vid LVM-hemmet eller på sjukhuset.

Vårdtid

20 § Tvångsvården skall upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader (vårdtid). Vården skall anses påbörjad när missbrukaren på grund av beslut om omedelbart omhändertagande eller tvångsvård inställt sig vid eller förts till ett hem som avses i 22 § eller ett sjukhus. Vården upphör genom beslut om utskrivning enligt 25 §.

I paragrafen, som delvis motsvarar 7 § i den gamla lagen, anges när och hur den beslutade tvångsvården skall upphöra samt hur vårdtiden beräknas.

Vården skall upphöra när syftet med vården är uppnått. Syftet är som framgår av 3 § att motivera missbrukaren att frivilligt medverka till fortsatt behandling och stöd för att komma ifrån missbruket. När detta syfte har uppnåtts, skall tvångsvården upphöra. Enbart det förhållandet att den intagne själv förklarar sig motiverad att ta emot frivillig vård är inte tillräckligt. Det måste göras en noggrann prövning i varje enskilt fall. Om syftet inte uppnås, får vården pågå i högst sex månader. Vårdtiden får inte förlängas. Av 21 § framgår att den tid som en tvångsvårdad missbrukare utan tillstånd vistas utanför ett LVM-hem, liksom den tid han är häktad eller intagen i en kriminalvårdsanstalt, inte skall räknas in i vårdtiden.

Den maximala vårdtiden har utökats från fyra månader enligt gällande ordning till sex månader. Huvuddelen av LVM-klienterna är alkoholmissbrukare i åldrarna 30 år och äldre. För dessa finns i allmänhet inget behov av en långvarig institutionsvistelse. Vårdtiden på LVM-hemmet för denna

grupp bör liksom nu som regel kunna begränsas till någon eller ett par månader. Det är däremot väsentligt att institutionsvistelsen följs av stöd och behandling i öppna program på hemorten. Det är en viktig uppgift för socialnämnden att se till att denna grupp av missbrukare efter en kortare tid på LVM-hemmet möts av adekvata vårdformer utanför LVM-hemmet. LVM-hemmets styrelse har fått uppgiften att övervaka att de intagna tidigt får möjlighet att pröva vård i andra former (29 §).

För de yngre missbrukarna bör vårdtiden enligt LVM ge utrymme för erforderlig tid på LVM-hemmet för bl. a. motivationsarbete och planering och – i de flesta fallen – möjlighet att på försök pröva andra vårdformer som t. ex. enskilt drivna behandlingshem eller kommunalt drivna sådana hem, som inte är LVM-hem. För dessa yngre missbrukare är det av behandlingsskäl ofta lämpligt med en längre tids vård på ett behandlingshem, kanske ett år eller ännu längre tid. En så långvarig behandling förutsätter missbrukarens frivilliga medverkan. Det förhållandet att tvång-et enligt LVM kommer att ligga kvar under de första sex månaderna bör emellertid kunna ge missbrukaren det stöd han kan behöva för att fullfölja behandlingsprogrammet.

Vårdtiden på ett LVM-hem avses komma att endast i undantagsfall uppgå till sex månader. Genom institutet vård i annan form (27 §) ges goda förutsättningar för en tidig utslussning från LVM-hemmet. Ett viktigt motiv för en längre vårdtid är just möjligheten att i ett inledningsskede omgärda vård utanför LVM-hemmet med ett visst tvång.

Enligt nuvarande ordning beräknas vårdtiden utifrån uttalanden i förarbetena till den gamla lagen. Vad som har sagts där har inte kommit till uttryck i lagtexten. Av motivuttalandena till 7 § i den gamla lagen (prop. 1981/82:8 s. 78) framgår att vården påbörjas genom ett beslut om intagning i ett sådant hem som är särskilt avsett att lämna vård enligt den lagen. Beslutet om intagning fattas av den som förestår vården vid hemmet efter framställning av socialnämnden. Om missbrukaren dessförinnan har varit omedelbart omhändertagen, räknas den tiden inte av från vårdtiden. Det är inte nödvändigt att missbrukaren faktiskt alltid inställer sig vid den ansvariga institutionen. Vården kan också inledas på sjukhus. Tiden för sjukhusvistelse räknas i allmänhet in i vårdtiden.

Det har under remissbehandlingen påpekats att beslut om intagning och den faktiska intagningen på institution eller på sjukhus ibland sker vid olika tidpunkter, och att den enskilde klienten därför inte vet när vårdtiden börjar löpa. Beräkningen av vårdtiden måste vara rättssäker och okomplicerad. I paragrafen föreskrivs därför att vården påbörjas när missbrukaren kommer till institutionen eller sjukhuset. Det är således den faktiska inställelsen och inte dagen för intagningsbeslutet som är avgörande. I de flesta fall torde dock den faktiska inställelsen och dagen för beslut om intagning sammanfalla. På det sätt lagtexten är utformad kommer vårdtiden att till skillnad från nuvarande ordning även omfatta den tid då en missbrukare som är omedelbart omhändertagen vistas på ett LVM-hem eller på sjukhus. För den enskilde klienten framstår det ofta som naturligt att räkna vårdtiden från den dag intagningen skedde, vare sig det gäller ett beslut om omedelbart omhändertagande eller ett beslut om vård.

Vården upphör genom beslut om utskrivning, vilket enligt 25 § fattas av den som förestår vården vid LVM-hemmet.

Om missbrukaren själv vill och det finns möjligheter att behålla honom på LVM-hemmet, kan han naturligtvis bli kvar där även efter utskrivning från vården enligt LVM. Vården fortsätter då i frivilliga former och regleras av bestämmelserna i socialtjänstlagen.

21 § Som vårdtid räknas inte den tid då missbrukaren

1. olovligen vistas utanför ett hem som avses i 22 § eller
2. är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt.

Bestämmelsen är ny. Den innehåller regler om avräkning från vårdtiden när missbrukaren olovligen vistats utanför ett LVM-hem eller är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt.

Som framhållits i den allmänna motiveringen (avsnitt 4.6) är det anmärkningsvärt vanligt med avvikningar från LVM-hemmen. Den föreslagna bestämmelsen i *punkt 1* innebär att den tid under vilken missbrukaren är avviken inte skall räknas som vårdtid. Det är endast olovliga vistelser utanför LVM-hem som avses. Om missbrukaren under vårdtiden på försök har förts över till vård i annan form enligt 27 §, räknas detta givetvis inte som en olovlig vistelse utanför hemmet. En missbrukare som under vårdtiden genomgår ett behandlingsprogram utanför hemmet och som på nytt börjar missbruka eller håller sig undan från behandlingen får hämtas åter till LVM-hemmet. Om missbrukaren efter ett beslut om hämtning håller sig undan, skall den tiden inte räknas in i vårdtiden.

Av 12 § tredje stycket framgår att beslutet om vård upphör att gälla om avvikningen eller intagning i häkte eller kriminalvårdsanstalt varar minst sex månader i följd.

Beträffande *punkt 2* kan det i och för sig te sig självklart att inte heller vistelse i en kriminalvårdsanstalt skall räknas som vårdtid enligt LVM. Ett straff som ådöms enligt brottsbalken har ett helt annat syfte än ett beslut om LVM-vård. Verksamheterna styrs av olika mål och intressen. Har man funnit situationen vara sådan att LVM-vård måste komma till stånd, skall sådan vård inte kunna ersättas med en vistelse i kriminalvårdsanstalt, i vart fall inte generellt. En annan sak är att det enskilda fallet ibland kan te sig annorlunda. En vistelse i en kriminalvårdsanstalt kan leda till att det inte finns skäl att efter frigivningen fortsätta LVM-vården. Om man finner att syftet med LVM-vården har uppnåtts, skall den givetvis upphöra.

Vården

22 § Tvångsvård lämnas genom hem som drivs av landstingskommuner eller kommuner och som är särskilt avsedda att lämna vård enligt denna lag (LVM-hem). Ett sådant hem skall ledas av en styrelse.

Styrelsen förestår vården vid hemmet i den mån uppgiften inte har överlåtits på en särskild föreståndare.

Bestämmelsen har sin motsvarighet i 11 § första och fjärde styckena i den gamla lagen.

Av språkliga och lagtekniska skäl har de hem som anges i paragrafen kallats för LVM-hem. Ordet används i dag i det praktiska språkbruket. Den hänvisning som görs i 11 § första stycket i den gamla lagen till 23 § SoL har slopats. Någon saklig ändring är inte avsedd. Övriga ändringar i paragrafen är av språklig natur.

23 § För missbrukare som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas LVM-hem som är anpassade för sådan tillsyn. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen beslutar vilka hem som skall vara sådana hem.

Bestämmelsen motsvarar 18 § i den gamla lagen. Endast språkliga ändringar har gjorts.

Enligt 24 § socialtjänstförordningen (1981:750) beslutar socialstyrelsen på framställning av huvudmannen för hemmet, om ett hem skall anses vara ett sådant hem för särskild tillsyn som avses i 18 § i den gamla lagen. Motsvarande bestämmelse avses gälla även efter den nya lagens ikraftträdande.

24 § Vården skall inledas på sjukhus, om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt.

Om någon behöver sjukhusvård under vårdtiden, skall han beredas tillfälle till sådan vård.

Överläkaren vid den sjukhusenhet där missbrukaren vårdas skall se till att socialnämnden eller den som förestår vården vid LVM-hemmet genast underrättas, om missbrukaren önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset. Överläkaren får besluta att missbrukaren skall hindras att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att missbrukaren kan föras över till ett LVM-hem.

Paragrafens *första och andra stycken* motsvarar i sakligt hänseende 12 § första stycket första och tredje meningarna i den gamla lagen, men har ändrats språkligt.

I *tredje stycket*, som är nytt, har införts en skyldighet för överläkaren vid den sjukhusenhet där missbrukaren vårdas att se till att socialnämnden eller den som förestår vården vid det aktuella LVM-hemmet underrättas om en missbrukare vill lämna sjukhuset. Med överläkare avses läkare som har medicinskt ledningsansvar vid sjukhusenheten. Om missbrukaren redan hunnit avvika skall underrättelse också ske. Sjukhuspersonalen får efter beslut av överläkaren hindra missbrukaren att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att ordna transport till ett LVM-hem direkt eller via t. ex. polisen. Enligt 45 § har överläkaren, vid sidan av socialnämnden och den som förestår vården vid ett LVM-hem, rätt att påkalla polishandräckning för att få missbrukaren överförd till LVM-hemmet. Bakgrunden till den föreslagna bestämmelsen har behandlats i den allmänna motiveringen, avsnitt 4.7.

Den kvarhållningsrätt som införs bör gälla under kortast möjliga tid. Det förutsätts att alla berörda ser till att transporten från sjukhuset sker skyndsamt.

25 § Om intagning i och om utskrivning från ett LVM-hem beslutar den som förestår vården vid hemmet.

Prop. 1987/88: 147

Den som förestår vården vid ett LVM-hem får besluta att en intagen skall flyttas till ett annat LVM-hem, om det anses lämpligt från vårdsynpunkt och den som förestår vården vid det andra hemmet samtycker till överflyttningen.

Paragrafen motsvarar, med viss redaktionell och språklig ändring, 13 § första och andra styckena i den gamla lagen.

Första stycket. Den som förestår vården vid ett LVM-hem fattar i regel beslut om intagning den dag missbrukaren kommit till hemmet eller, om vården inleds på ett sjukhus, samma dag som missbrukaren tas in på sjukhuset. Enligt nuvarande ordning påbörjas vården genom intagningsbeslutet och vårdtiden börjar räknas från den dagen. Som framgår av kommentaren till 20 § kan det dock förekomma att dagen för beslut om intagning och faktisk inställelse inte sammanfaller. För att inte skapa osäkerhet utan göra beräkningen av vårdtiden så okomplicerad som möjligt anges därför i 20 § att tiden skall beräknas med utgångspunkt från den faktiska inställelsen vid LVM-hemmet eller sjukhuset. Påbörjandet av vården skall dock fortfarande föregås av ett beslut om intagning. Institutionen åtar sig därigenom huvudansvaret för att genomföra vården, inkl. beräkningen av vårdtiden. Institutionen ansvarar därför också för att utskrivning sker så snart det inte längre finns skäl att fortsätta vården med stöd av lagen. Beslut om utskrivning fattas av den som förestår vården vid LVM-hemmet.

Förutom ett beslut om intagning fordras inskrivning i LVM-hemmet. Om inskrivning finns bestämmelser i 17–20 §§ socialtjänstförordningen. Inskrivningen reglerar förhållandet mellan socialnämnden och LVM-hemmet. Nämnden ansöker om inskrivning och, i regel, föreståndaren för hemmet beslutar om inskrivning. Beslutet innebär bl. a. att det finns en plats på hemmet för missbrukaren.

26 § Den som förestår vården vid ett LVM-hem skall fortlöpande hålla socialnämnden underrättad om hur vården framskrider och samråda med nämnden i alla frågor av vikt. Före överflyttning till ett annat hem och före utskrivning skall samråd alltid ske.

Bestämmelsen motsvarar 13 § tredje stycket i den gamla lagen. Vissa språkliga ändringar har gjorts.

27 § Den som förestår vården vid ett LVM-hem skall, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form.

Socialnämnden skall se till att sådan vård anordnas.

Om förutsättningar för vård i annan form inte längre föreligger, får den som förestår vården vid LVM-hemmet besluta att missbrukaren skall hämtas tillbaka till hemmet.

Första stycket motsvarar i huvudsak 15 § i den gamla lagen. Den intagne skall så snart det är möjligt få tillfälle att pröva vårdformer vid sidan av LVM-institutionerna. Med detta avses såväl institutionsvård som vård i

öppna former. Den institutionsvård som kan komma i fråga är både kommunalt drivna behandlingshem som inte är LVM-hem och institutioner med enskild huvudman. Familjevård för vuxna missbrukare eller väl planerade öppenvårdsprogram av olika slag kan vara lämpliga alternativ. I begreppet vård i annan form ingår således en mångfald av olika tänkbara vårdalternativ. Det gemensamma är emellertid att det alltid måste ingå en adekvat behandling i vården. Det får inte förekomma att någon bereds möjlighet att vistas utanför LVM-hemmet utan att han ingår i något vårdprogram. För att markera detta återfinns inte längre orden "eller vistas i eget hem" i 15 § i den gamla lagen. Inget hindrar dock att missbrukaren bor hemma och deltar i ett program.

Det är den som förestår vården vid LVM-hemmet som beslutar om vård i annan form. Detta framgår endast indirekt av den gamla lagens bestämmelser men klargörs nu i denna paragrafs första stycke.

Bestämmelsen i *andra stycket* är ny. Det ankommer dock redan enligt nuvarande ordning på socialnämnden att se till att institutionernas klienter kan erbjudas för dem särskilt lämpade vårdformer utanför institutionerna (prop. 1981/82:8 s. 91). I detta stycke har denna skyldighet för nämnden slagits fast. Genom bestämmelsen avses att inskräpa betydelsen av att socialnämnden under vårdtiden anordnar någon form av behandling utanför hemmet för den enskilde. Förutsättningar för vård på försök utanför hemmet måste givetvis föreligga i det enskilda fallet. Det kan naturligtvis i vissa fall förekomma att den intagnes eget beteende omöjliggör vård i annan form än på ett LVM-hem.

I *tredje stycket* slås fast att den som förestår vården vid LVM-hemmet får besluta att missbrukaren skall hämtas tillbaka till hemmet, om förutsättningar för vård i annan form inte längre föreligger. Detta gäller även enligt nuvarande ordning men framgår endast indirekt.

Ett beslut att inte medge vård i annan form eller att missbrukaren skall hämtas tillbaka får enligt nuvarande ordning inte överklagas. Det har ansetts att sådana beslut rör en vårdfråga som inte lämpar sig för en domstols prövning. Rättens medverkan har ansetts böra begränsas till sådana frågor där rättssäkerhetsaspekter gör sig gällande och där det är möjligt att göra en legalitetsprövning (prop. 1981/82:8 s. 103). Någon ändring av detta förhållande föreslås inte i den nya lagen. Däremot är det möjligt för den intagne på ett LVM-hem att överklaga socialnämndens beslut, om socialnämnden skulle vägra bistånd enligt 6 § SoL i form av vistelse på t. ex. ett behandlingskollektiv.

28 § Innan vård i annan form påbörjas skall socialnämnden, i samråd med den intagne och den som förestår vården vid LVM-hemmet, upprätta en plan för den fortsatta vården.

Paragrafen är ny. Syftet med bestämmelsen är att ytterligare framhålla vikten av att vård i annan form utnyttjas på ett konstruktivt och planenligt sätt. Enligt bestämmelsen skall socialnämnden i samråd med missbrukaren och den som förestår vården vid LVM-hemmet upprätta en plan för vården utanför LVM-hemmet. Det bör vara en uppgift för missbrukarens kontaktman att medverka vid planens tillkomst.

29 § Har en intagen vistats i ett LVM-hem i tre månader utan att vård i annan form kommit till stånd, skall föreståndaren anmäla detta till hemmets styrelse och ange orsaken till det.

Bestämmelsen, som är ny, har tillkommit för att LVM-hemmets styrelse genom sin insyn och tillsyn skall kunna verka för att de intagna får möjlighet att pröva andra vårdformer. Avsikten är inte att styrelsen skall göra någon prövning av föreståndarens åtgärder i det enskilda fallet. Genom informationen får styrelsen emellertid möjlighet att påverka LVM-hemmets rutiner och socialnämndernas insatser för de intagna på institutionen.

30 § Socialnämnden skall aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han får personligt stöd eller behandling för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk.

Paragrafen har sin motsvarighet i 14 § andra stycket första och andra meningarna i den gamla lagen. I bestämmelsen klargörs på ett tydligare sätt än tidigare att socialnämnden har skyldighet att se till att den enskilde efter vårdtiden får fortsatt stöd. De viktigaste inslagen i sådant stöd är en egen bostad och arbete. Många av missbrukarna har en mycket bristfällig utbildning. Åtskilliga har t. ex. avbrutit sin grundskoleutbildning i förtid. Många saknar varje form av yrkesutbildning. Det är väsentligt att den enskilde ges tillfälle att genomgå den utbildning som han har behov av. I många fall behöver han också genomgå ett längre behandlingsprogram. För unga narkotikamissbrukare kan det röra sig om årslånga program. Socialnämnden kan enligt 6 § SoL vara skyldig att medge bistånd till sådan vård.

Att socialnämnden skall aktivt verka för att missbrukaren efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning innebär en långt gående skyldighet för nämnden. Som regel skall dessa insatser kunna utnyttjas av den enskilde när han lämnar LVM-hemmet. Utgångspunkten måste vara att den som skrivs ut inte skall behöva återvända till en miljö och livssituation där han har små utsikter att hålla sig ifrån missbruket. För att kunna fullgöra sin skyldighet enligt bestämmelsen måste socialnämnden på ett tidigt stadium börja planera för utskrivningen. Missbrukarens kontaktman har här en viktig arbetsuppgift. Vidare krävs ett väl fungerande samarbete mellan socialnämnd och bl. a. arbetsförmedling, bostadsförmedling samt skola. Att åtgärderna kräver samråd med den enskilde följer av socialtjänstlagen och har på grund härav inte tagits in i lagtexten.

Särskilda befogenheter

31–35 §§

31 § Den som vårdas enligt denna lag i ett LVM-hem får inte inneha alkoholhaltiga drycker, narkotika eller andra beroendeframkallande medel, injektionssprutor eller kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika. Han får inte heller inneha något annat som kan vara till men för vården

eller ordningen vid hemmet. Påträffas sådan egendom som nu angetts, får den omhändertas.

Prop. 1987/88: 147

32 § Om det anses påkallat, får den som vårdas enligt denna lag kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, när han kommer till LVM-hemmet, för kontroll av att han inte bär på sig något som han inte får inneha där. Detsamma gäller om det under vistelsen i hemmet uppkommer misstanke att sådan egendom skall påträffas hos honom.

Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning får inte göras mer ingående än vad ändamålet med åtgärden kräver. All den hänsyn som omständigheterna medger skall iakttas. Om möjligt skall ett vittne närvara.

33 § Bestämmelserna i 31 och 32 §§ skall gälla för alla som vårdas i ett LVM-hem, om det är nödvändigt för att genomföra vården och upprätthålla ordningen vid hemmet och regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen medger det.

34 § Den som vårdas enligt denna lag i ett LVM-hem för särskilt noggrann tillsyn får hindras att lämna hemmet och i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för att vården skall kunna genomföras. Hans rörelsefrihet får också inskränkas när det behövs av hänsyn till andra intagnas eller till personalens säkerhet.

35 § Försändelser till den som vårdas enligt denna lag i ett LVM-hem för särskilt noggrann tillsyn får kontrolleras, om det behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet eller till den intagnes särskilda förhållanden. Om en ankommande försändelse innehåller egendom som inte får innehas enligt 31 §, får egendomen omhändertas.

Bestämmelserna i 31–33 §§ motsvarar 17 § i den gamla lagen. I 31 § har en anpassning skett till 1 och 4 §§, som talar om alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel. I samma paragraf klargörs att till egendom som inte får innehas hör föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika. Som jämförelse kan hänvisas till motsvarande regler i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt (jfr prop. 1984/85:46). Enligt nuvarande ordning (24 § socialtjänstförordningen) har regeringen överlåtit åt socialstyrelsen att lämna sådana medgivanden som avses i 17 § fjärde stycket i den gamla lagen, som här motsvaras av 33 §. Motsvarande bestämmelser avses gälla även efter den nya lagens ikraftträdande. Bestämmelserna i 34 och 35 §§ motsvarar 19 resp. 20 § i den gamla lagen.

Med uttrycket "den som vårdas enligt denna lag" avses såväl den som på grund av ett beslut om omedelbart omhändertagande som den som på grund av ett beslut om tvångsvård vistas i LVM-hemmet.

Några remissinstanser har tagit upp frågan om inte bestämmelser om ytterligare kontrollåtgärder, såsom fullständig kroppsbesiktning, borde införas i LVM. Detta är en fråga som berör flera närliggande lagstiftningsområden, bl. a. den psykiatriska tvångsvården. Jag avser att återkomma till regeringen med förslag om att ge socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga vilka typer av undersökningar som behöver göras inom de aktuella lagstiftningsområdena och att föreslå de författningsändringar som kan komma att behövas.

36 § Har alkoholhaltiga drycker, narkotika eller andra beroendeframkallande medel omhändertagits enligt 31 eller 35 § eller påträffats inom ett LVM-hem utan att det finns någon känd ägare till dem, skall den som förestår vården vid hemmet låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m. m. Belopp som erhålls vid försäljning tillfaller staten.

Detsamma skall gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmed narkotika.

Paragrafen har sin motsvarighet i 32 § i den gamla lagen.

Första stycket har anpassats till terminologin i 31 §. Övriga ändringar är redaktionella.

Andra stycket, som enligt nuvarande ordning upptar endast injektionssprutor och kanyler, har utvidgats till att omfatta även andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmed narkotika. Sådana föremål får således förstöras eller säljas. Härvid avses t. ex. haschpipor. Det måste anses stötande att sådana föremål skall behöva lämnas tillbaka till den intagne vid frigivningen. Även med den föreslagna ändringen kommer det emellertid att finnas föremål som får omhändertagits enligt lagen, men som måste lämnas tillbaka efter vårdtidens utgång. Det gäller föremål som inte är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmed narkotika men som kan vara till men för vården eller ordningen på hemmet och som därför omhändertagits med stöd av 31 §.

Bestämmelser om handläggningen

37 § Mål och ärenden enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.

Paragrafen motsvarar 21 § första stycket i den gamla lagen. En utvidgning har dock gjorts genom tillägget att också ärenden enligt lagen skall handläggas skyndsamt. Härmed avses främst handläggningen vid länsstyrelsen. Länsstyrelsen bör se till att utrednings- och ansökningsförfarandet inte drar ut på tiden. Häri ligger också en skyldighet för länsstyrelsen att se till att material från andra myndigheter och berörda tas fram skyndsamt.

Skyndsamhetskravet gäller också på verkställighetsstadiet när socialnämnden skall se till att det ordnas plats för missbrukaren på ett LVM-hem eller ett sjukhus och att han, eventuellt med hjälp av polismyndigheten, förs dit.

38 § I mål om beredande av tvångsvård, där omhändertagande har beslutats enligt 13 § första eller andra stycket, skall länsrätten ta upp målet till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan om vård kom in eller, om beslutet om omhändertagande har fattats efter det att länsstyrelsen har ansökt om vård, inom en vecka från den dag då underställningen skedde. Om ett beslut om omedelbart omhändertagande inte är verkställt när det underställs eller om länsrätten har beslutat om omedelbart omhändertagande enligt 13 § tredje stycket, skall målet tas upp till avgörande inom en vecka från den dag då beslutet verkställdes.

Länsrätten får förlänga dessa tider, om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt.

Prop. 1987/88:147

Paragrafen motsvaras av vad som föreskrivs i 21 § andra stycket förstastredje meningarna i den gamla lagen. Prövningsfristen för ansökan om vård när det finns ett beslut om omedelbart omhändertagande har emellertid ändrats i enlighet med vad som angetts i kommentaren till 17 §. Om beslutet inte är verkställt när det underställs, räknas alltså tiden först från det att beslutet verkställts. Ändringen tar sikte framför allt på de fall där socialnämnden beslutat om omedelbart omhändertagande.

39 § I mål om beredande av tvångsvård skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövligt. I andra mål enligt denna lag prövar rätten om det finns skäl att hålla muntlig förhandling.

Om någon part begär muntlig förhandling, skall sådan hållas. Parterna skall upplysas om sin rätt att begära muntlig förhandling.

Om en enskild part som har kallats vid vite att inställa sig personligen till en förhandling uteblir, får rätten förordna att han skall hämtas till rätten antingen omedelbart eller till en senare dag.

Paragrafen motsvarar 22 § i den gamla lagen.

40 § Vid handläggning i kammarrätt av andra mål enligt denna lag än mål om omedelbart omhändertagande skall nämndemän ingå i rätten.

Paragrafen överensstämmer med 29 § i den gamla lagen.

41 och 42 §§

41 § I mål och ärenden enligt denna lag får delgivning med den enskilde inte ske med tillämpning av 12 eller 15 § delgivningslagen (1970:428).

42 § Om offentligt biträde och annan rättshjälp i mål och ärenden enligt denna lag finns bestämmelser i rättshjälpslagen (1972:429).

Bestämmelserna i 41 och 42 §§ överensstämmer med vad som föreskrivs i 23 resp. 24 § i den gamla lagen.

43 § Beslut om omhändertagande enligt 13 § gäller omedelbart.

Beslut om överflyttning enligt 25 § andra stycket får förordnas att gälla omedelbart, om det behövs från vårdsynpunkt. Andra beslut av den som förestår vården vid ett LVM-hem gäller omedelbart.

Rätten får förordna att beslut som rätten har meddelat skall gälla omedelbart.

Paragrafen motsvarar 28 § första stycket första meningen samt andra och tredje styckena i den gamla lagen.

Första och andra styckena har endast ändrats redaktionellt och språkligt. Någon saklig ändring är inte avsedd.

Tredje stycket har överfört oförändrat från den gamla lagen. Det bör

särskilt nämnas att ett beslut om vård inte får verkställas omedelbart om inte rätten i beslutet uttryckligen har förordnat om det. Det är särskilt viktigt att domstolen noga prövar behovet av ett sådant förordnande när den vårdbehövande är omedelbart omhändertagen. Om ett sådant förordnande inte görs, finns det, intill dess vårdbeslutet vinner laga kraft, ingen laga grund för frihetsberövandet och det uppstår ett avbrott i vården. Detta hänger samman med att ett beslut om omedelbart omhändertagande upphör så snart rätten avgör frågan om vård (18 §).

Bestämmelser om överklagande

44 § Beslut av den som förestår vården vid ett LVM-hem får överklagas av den enskilde hos länsrätten, om beslutet avser överflyttning enligt 25 § eller avslag på begäran om utskrivning.

Andra beslut enligt denna lag av den som förestår vården vid ett LVM-hem får inte överklagas.

Beslut om läkarundersökning enligt 10 § eller 11 § tredje stycket får inte överklagas.

Överklagande av rättens beslut om omhändertagande enligt 13 § är inte inskränkt till viss tid.

Första–tredje styckena överensstämmer i sak med 27 § i den gamla lagen. Vissa språkliga och redaktionella ändringar har gjorts.

Fjärde stycket motsvarar med vissa språkliga och redaktionella ändringar 28 § första stycket andra meningen i den gamla lagen.

Polishandräckning

45 § Polismyndigheten skall lämna biträde för att

1. på begäran av länsstyrelsen eller rätten föra en missbrukare till en beslutad läkarundersökning,

2. på begäran av socialnämnden föra den som skall beredas vård eller som är omedelbart omhändertagen enligt denna lag till ett LVM-hem eller sjukhus,

3. på begäran av överläkaren i fall som avses i 24 § tredje stycket föra den som skall beredas vård eller som är omedelbart omhändertagen enligt denna lag till ett LVM-hem samt

4. på begäran av den som förestår vården vid ett LVM-hem efterforska, hämta eller förflytta någon som skall tas in i hemmet eller som vårdas där med stöd av denna lag.

Punkt 1 motsvarar 25 § andra stycket i den gamla lagen.

Punkt 2 motsvarar 26 § första stycket i den gamla lagen. Rätten ges dock inte längre möjlighet att begära biträde för att föra en missbrukare till ett LVM-hem. I enlighet med de förtydliganden som har införts i 12 och 19 §§ om att socialnämnden skall se till att den som har blivit föremål för beslut om vård resp. omedelbart omhändertagande också bereds vård, är det följdriktigt att socialnämnden begär handräckning även när rätten har beslutat om ett omedelbart omhändertagande. Det bör regelmässigt vara så

att socialnämnden omedelbart vidtar åtgärder för att se till att det ordnas en plats på sjukhus eller på LVM-hem för missbrukaren.

En nyhet i förhållande till gällande ordning är att socialnämnden får begära polishandräckning för att få missbrukaren transporterad till sjukhus. Det förekommer att missbrukare motsätter sig att föras till sjukhus, inte för att de motsätter sig sjukhusvård, utan därför att de är emot vård över huvud taget. Samtidigt kan en kontakt med sjukhusets läkare, och information om vilken behandling som erbjuds, leda till att de accepterar sjukhusvården. Om missbrukaren avböjer sådan vård får han transporteras till ett LVM-hem.

Punkt 3, som är ny, är en följd av de nya bestämmelserna i 24 § om överläkares rätt att hindra en missbrukare från att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att se till att denne kan föras över till ett LVM-hem. Socialnämnden och den som förestår vården vid LVM-hemmet har enligt punkterna 2 och 4 i denna paragraf rätt att anlita polishandräckning för transporten till LVM-hemmet. Det kan emellertid röra sig om ett ganska snabbt förlopp när en missbrukare väl förklarat att han vill lämna sjukhuset. Det är därför rimligt att också den ansvarige överläkaren kan anlita polishandräckning för en transport till LVM-hemmet.

Punkt 4 motsvarar, med viss redaktionell ändring, 26 § andra stycket i den gamla lagen.

Åtalsprövning

46 § Är någon som har beretts vård med stöd av denna lag misstänkt för brott, för vilket inte föreskrivs strängare straff än fängelse i ett år och som hör under allmänt åtal, samt har brottet begåtts innan vården påbörjades eller under vårdtiden, skall åklagaren pröva om åtal lämpligen bör ske. Styrelsen för det hem där den misstänkte vårdas eller, om vården har upphört, socialnämnden skall därvid höras om det inte är obehövt.

Paragrafen har sin motsvarighet i 31 § i den gamla lagen. Enligt nuvarande ordning skall länsstyrelsen höras om vården har upphört. Med det ansvar som socialnämnden har för insatser efter vårdtiden är det dock mer ändamålsenligt att höra nämnden än länsstyrelsen.

Övriga bestämmelser

47 § Med socialnämnden avses i denna lag socialnämnden i den kommun som enligt 3 § socialtjänstlagen (1980:620) har ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som han behöver. Att överflyttning av ärenden till en annan socialnämnd kan ske i vissa fall framgår av 72 § socialtjänstlagen.

Med länsstyrelsen avses i denna lag länsstyrelsen i det län, inom vilket den ansvariga kommunen är belägen.

Beslut om tvångsvård enligt 5 § och med anledning av omhändertagande enligt 13 § fattas av länsrätten i det län som anges i andra stycket. Den länsrätt som meddelade beslutet om vård beslutar också i frågor som avses i 44 § första stycket.

Paragrafen överensstämmer med vissa redaktionella ändringar med vad som föreskrivs i 33 § första och andra styckena samt tredje stycket första och andra meningarna i den gamla lagen.

48 § Landstingskommunen eller kommunen får för ett LVM-hem antingen utse en särskild styrelse eller uppdra åt någon annan nämnd att vara styrelse. Två eller flera LVM-hem kan ha en gemensam styrelse.

Följande bestämmelser i 3 kap. kommunallagen (1977:179) gäller i tillämpliga delar i fråga om en särskild styrelse, nämligen

2 § om antalet ledamöter m. m.,

3 § första stycket om valbarhet m. m.,

4 § om rätt till ledighet från anställning,

5 § första stycket om mandattid,

5 § tredje stycket om verkan av ledamots avgång,

6 § om ordförande och vice ordförande,

7 § om tid och plats för sammanträde samt om närvarorätt vid sammanträde,

8 § om suppleants tjänstgöring m. m.,

9 § första stycket om beslutförhet,

10 § om beslutsförfarande och protokoll m. m.,

11 § om delgivning,

12 § om reglemente och delegation.

För Stockholms kommun gäller dock inte 3 kap. 5 § första stycket eller 6 § kommunallagen.

Landstinget eller kommunfullmäktige får besluta att även andra än ledamöter eller suppleanter i styrelsen får närvara vid styrelsens sammanträden och delta i överläggningarna men ej i besluten samt få sin mening antecknad i protokollet.

Paragrafen motsvarar 11 § andra och tredje styckena i den gamla lagen. Endast redaktionella och språkliga ändringar har gjorts.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1989, då lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall skall upphöra att gälla.

2. Den gamla lagen gäller dock fortfarande när ansökan om vård med stöd av den lagen har kommit in till länsrätten före den 1 januari 1989.

3. Har ett beslut fattats om omhändertagande enligt 8 § i den gamla lagen och har ansökan om vård inte kommit in till länsrätten före den 1 januari 1989, skall beslutet anses som ett beslut enligt 13 § i den nya lagen.

4. Om det i en lag eller i en författning som har beslutats av regeringen hänvisas till den gamla lagen, skall hänvisningen i stället avse denna lag. Hänvisas det till en föreskrift som har ersatts genom en föreskrift i denna lag, skall den nya föreskriften tillämpas.

Övergångsbestämmelserna i *punkt 2* innebär att den gamla lagens bestämmelser skall tillämpas fullt ut under hela den tid som en missbrukare tvångsvårdas, om en ansökan om att bereda honom sådan vård har kommit in till länsrätten före den nya lagens ikraftträdande. Detta innebär bl. a. följande. Har polismyndigheten beslutat om omedelbart omhändertagande efter det att länsstyrelsen har ansökt om vård skall länsrätten i dessa fall företa målet till avgörande inom en vecka från den dag då underställningen av polismyndighetens beslut skedde, även om omhändertagandet inte skulle vara verkställt när beslutet underställs. Det nya sociala kriteriet kan inte

utgöra grund för vård. För att inte ett beslut om vård skall upphöra att gälla, skall vården dessutom ha påbörjats inom två veckor från den dag då beslutet vann laga kraft, till skillnad från den nya lagens regel om fyra veckor.

Övergångsbestämmelserna i denna punkt medför att man inom ett LVM-hem under en kortare tid efter ikraftträdandet kan komma att tillämpa olika bestämmelser beträffande de missbrukare som är intagna där.

Beräkningen av vårdtiden för den som tvångsvårdas på grundval av ett beslut som har fattats av rätten före lagens ikraftträdande eller som följd av en ansökan som har gjorts före ikraftträdandet utgår från beslut om intagning på ett LVM-hem och inte från den faktiska inställelsen där eller på ett sjukhus. Vården i dessa fall får pågå i högst två månader med möjlighet till förlängning med ytterligare högst två månader. Har en missbrukare som vårdas enligt den gamla lagens regler varit omedelbart omhändertagen, räknas den tiden inte in i vårdtiden. Vistas missbrukaren på sjukhus gäller inte den nya lagens regler om underrättelseskyldighet och kvarhållningsrätt för överläkaren. Denne har inte heller rätt att begära polishandreckning för att få missbrukaren överförd till LVM-hemmet. Socialnämnden har inte heller rätt att begära polishandreckning för att inställa missbrukaren på sjukhus.

Enligt *punkt 3* skall ett beslut om ett omedelbart omhändertagande enligt den gamla lagen anses som ett beslut om omedelbart omhändertagande enligt den nya lagen, i de fall en ansökan om vård inte har kommit in till länsrätten före den nya lagens ikraftträdande. Den nya lagens bestämmelser skall tillämpas vid den fortsatta handläggningen.

Genom *punkt 4* klargörs hur man skall tyda hänvisningar till den gamla lagen och till föreskrifter som ersätts genom föreskrifter i den nya lagen. Under det följdagstiftningsarbete som fordras beräknas de flesta hänvisningar kunna anpassas till den nya lagen i sådan tid att följdändringarna kan träda i kraft den 1 januari 1989.

6.2 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

11 § Socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Insatser för barn och ungdom bör därvid ägnas särskild uppmärksamhet.

Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns.

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera de stöd- och hjälpsatser som behövs och noga följa den planlagda vården.

Genom ändringarna betonas socialnämndens ansvar för att missbrukare får erforderlig hjälp och vård. Genom tillägget klargörs att vården skall planeras i samförstånd med missbrukaren och att nämnden noga skall följa den planerade vården. Om missbrukaren kan motiveras till frivillig behandling, är det nödvändigt att göra upp en behandlingsplan i samråd med

honom. Om han avbryter behandlingen enligt planen måste socialtjänsten reagera och aktivt försöka motivera honom till ett nytt behandlingsförsök. Det är viktigt att missbrukaren själv får välja mellan olika behandlingsalternativ. Ändringarna har behandlats i den allmänna motiveringen, avsnitt 3.1.

47 § Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får inte avse vad som ankommer på nämnden enligt 2, 5, 6 och 8 a §§, 11 § första och andra styckena, 17 § tredje stycket och 18 § lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt 13 § lagen (1988:000) om vård av missbrukare i vissa fall.

I de kommuner där sociala distriktsnämnder inte har inrättats får dock beslutanderätten i frågor som avses i första stycket uppdras åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller suppleanter i nämnden.

I paragrafen finns bestämmelser om begränsning av delegationsrätten i fråga om vissa beslut som socialnämnden kan fatta med stöd av LVU. Begränsningen gäller i regel beslut av ofta djupt ingripande karaktär för den enskilde, där bestämmanderätten inte bör tillkomma en person ensam. Från delegation har bl. a. undantagits de bestämmelser som gäller beslut om omedelbart omhändertagande enligt 6 § LVU. Paragrafen har nu ändrats så att begränsningen av delegationsrätten kommer att gälla också beslut av socialnämnden om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM.

Paragrafen berörs även av en ändring i propositionen 1986/87:91 om aktivt folkstyre i kommuner och landsting.

49 § Om rätt att i vissa fall fatta beslut i socialnämndens ställe finns bestämmelser i 29 § första stycket samt i lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:000) om vård av missbrukare i vissa fall.

I situationer som kan föranleda ett omedelbart omhändertagande kan omständigheterna vara sådana att beslut måste fattas med sådan skyndsamhet att nämnden inte hinner sammankallas. Nämndens ordförande eller en särskild förordnad ledamot har därför enligt 13 § andra stycket LVM fått befogenhet att besluta ensam i sådana fall. Detta förhållande anges genom tillägget i paragrafen.

7 Hemställan

Jag hemställer att lagrådets yttrande inhämtas över förslagen till

1. lag om vård av missbrukare i vissa fall,
2. lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620).

8 Beslut

Regeringen beslutar i enlighet med föredragandens hemställan.

Socialberedningens sammanfattning av betänkandet (SOU 1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget

Prop. 1987/88:147
Bilaga 1

Inledning

Socialberedningen redovisar i detta betänkande förslag till en revidering av den lagstiftning som reglerar tvångsvården av vuxna missbrukare, LVM. Vårt egentliga uppdrag i detta sammanhang har varit att göra en översyn av den lagen. Men vi har inte ansett det rimligt att begränsa vår diskussion till att enbart avse tvångsvårdslagens utformning. Tvångsvårdens roll och funktioner inom missbrukarvården kan inte diskuteras utan kunskap om missbrukets omfattning och karaktär och om den frivilliga vårdens möjligheter och begränsningar.

Vi redovisar därför en översiktlig bild av de tunga missbrukarnas levnadsförhållanden och av hur dessa har förändrats under de senaste decennierna. Vi beskriver också missbrukarvårdens läge och utveckling och redovisar en rad överväganden och förslag som syftar till en förstärkning av i första hand socialtjänstens insatser för de vuxna missbrukarna.

Mot bakgrund av denna diskussion om den frivilliga missbrukarvården lägger vi fram våra synpunkter på tvångsvårdens syfte och roll och redovisar våra förslag till förändringar av LVM. En viktig utgångspunkt har därvid varit den granskning som vi genomfört av hur LVM har tillämpats under de drygt fem år som lagen varit i kraft.

Missbrukets utbredning

De alkoholmissbrukare som kommer i kontakt med socialtjänsten är en grupp som i regel förenar ett allvarligt missbruk med en socialt utsatt situation. En stor del av dem har helt förlorat sin sociala förankring. När man ibland talar om "tunga" alkoholmissbrukare, är det som regel den gruppen som åsyftas. Även vi använder termen i denna betydelse.

Enligt en grov uppskattning uppgår antalet tunga alkoholmissbrukare till mellan 50 000 och 100 000 personer. Antalet yngre, tidigt socialt utslagna alkoholmissbrukare har stigit under senare år.

Totalt sett har det tunga missbruket ökat kraftigt i omfattning under de senaste decennierna. Statistiken över alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet, liksom uppgifter från olika vårdområden, talar för att gruppen av tunga alkoholmissbrukare har blivit större. Härtill kommer det tunga narkotikamissbruket, som var en marginell företeelse fram till 1960-talets början, medan antalet tunga narkotikamissbrukare var mellan 10 000 och 14 000 år 1979 och sannolikt är ännu högre i dag. Uppgifter från vårdhusheten tyder på att de tunga läkemedelsmissbrukarna också är en växande grupp. Till detta kommer missbruket av flyktiga lösningsmedel. Bland vuxna har även detta slag av missbruk uppenbarligen blivit vanligare, även om problemet fortfarande är begränsat jämfört med annat missbruk.

De tunga alkoholmissbrukarnas sociala och medicinska situation har försämrats påtagligt under de senaste decennierna. Överdödligheten bland alkoholmissbrukare har ökat dramatiskt.

Den alkoholrelaterade dödligheten svarar för omkring en fjärdedel av alla dödsfall bland män i åldrarna 24 till 44 år. Missbruk är därmed den största enskilda orsaken till förtidig död bland män i denna åldersgrupp.

På 1940-talet förelåg mycket små skillnader i dödlighet mellan alkoholmissbrukare och normalbefolkningen. Dödligheten bland manliga socialt utslagna missbrukare har sedan ökat dramatiskt för att i början av 1980-talet vara omkring sju gånger så hög som normalbefolkningens.

De yngre alkoholmissbrukarnas överdödlighet är markant. Bland de yngre har också överdödligheten stigit särskilt kraftigt. Det är sannolikt att en tidig missbruksdebut allvarligt ökar risken för död i förtid.

Dödlighetsmönstret hos alkoholmissbrukare skiljer sig inte mellan män och kvinnor.

De tunga alkoholmissbrukarna har i stigande utsträckning slagits ut från arbetsmarknaden. År 1967 hade en majoritet av nykterhetsvårdens klienter arbete på den öppna arbetsmarknaden och lön som huvudsaklig försörjningskälla.

Tjugo år senare är läget det omvända. Förvärvsarbete spelar numera en helt underordnad roll för de missbrukare som är aktuella inom socialtjänsten. Lön som inkomstkälla har i stor utsträckning ersatts av pension eller socialbidrag.

De tunga alkoholmissbrukarnas boendesituation har också försämrats under de senaste åren efter en förbättring under 1970-talet. Antalet bostadslösa i de tre största städerna kan våren 1987 uppskattas till omkring 5 000 personer.

Socialtjänstens arbete med de tunga alkoholmissbrukarna kännetecknas av betydande svårigheter. Problemen ligger på flera olika plan; bristande samordning, bristfällig uppföljning efter institutionsvistelser, svårigheter att nå de tunga missbrukarna med erbjudanden om vård och att hålla dem kvar i den vård som erbjuds. Problemen kan tillskrivas brister i fråga om både resurser och metoder.

Detta kritiska perspektiv riktar sig inte mot enskilda socialarbetsares arbetsinsatser. Vårt intryck är tvärtom att de socialarbetare som arbetar med de tunga missbrukarna ofta utför ett engagerat arbete. På många håll finns också en tydlig strävan att utveckla metoderna. Arbetsvillkoren är dock inte sällan pressade och arbetsbelastningen hög.

Kritiken är inte heller generellt giltig. På många håll inom socialtjänsten görs det viktiga och konstruktiva insatser för missbrukarna. Ser man på området i dess helhet, är problemen emellertid avsevärda.

Socialtjänstens kontakter med missbrukarna förändrades genom att nykterhetsvårdsarbetet integrerades med barnavårds- och socialhjälsarbetet under 1960- och 1970-talen, liksom genom socialtjänstreformen år 1982. Nykterhetsvårdslagens noga preciserade föreskrifter för missbruksarbetet ersattes av en större frihet att arbeta förutsättningslöst i samverkan med klienten.

Dessa från flera synpunkter positiva förändringar synes för de tunga missbrukarnas del samtidigt ha inneburit nackdelar. Omorganisationen medförde av allt att döma en minskning av resurserna för och kompetensen i arbetet med de tunga missbrukarna. I många större kommuner har man nu genomfört en omorganisation i den andra riktningen, genom att man har tillskapat särskilda arbetsgrupper och liknande för missbruksarbetet.

Socialtjänstens insatser mot missbruksproblemen framstår ofta som dåligt planerade. Denna brist på planering är en bidragande orsak till att socialtjänsten inte sällan på ett passivt sätt möter missbrukarnas behov av hjälp och omhändertagande.

Enligt socialarbetarnas egna bedömningar får alkoholmissbrukarna mer ekonomisk hjälp och mindre behandling än vad som är befogat. I arbetet med att bedöma ekonomiska hjälpbehov och betala ut socialbidrag tycks inte sällan missbruksproblemen komma i skymundan.

Särskilt allvarligt är det att de yngres missbruksproblem ofta inte uppmärksammas. De yngre efterfrågar i mindre utsträckning hjälp för missbruket och kontakterna domineras i ännu högre grad av den ekonomiska hjälpen. I själva verket tycks missbruksproblemen bland de yngre klienterna vara mycket vanligare än vad man i allmänhet inser. De yngre alkoholmissbrukarna har ofta en bakgrund och en social situation som liknar narkotikamissbrukarnas. Blandmissbruk är dessutom vanligt i dessa åldrar.

Det finns en brist på kontinuitet i insatserna, något som också gäller för de missbrukare som erhåller institutionsvård. Uppföljningen efter institutionsvården fungerar sällan på det sätt som förutsattes när socialtjänstlagen infördes.

Samarbetet mellan socialtjänsten och sjukvården är dåligt utvecklat. Ofta vet man inom det ena av dessa områden inte att klienten respektive patienten är aktuell inom det andra.

Mot denna dystra bild av socialtjänstens arbete med de tunga alkoholmissbrukarna kontrasterar bl a ett flertal verksamheter som bedrivs i projektform. Dessa projekt inriktas på olika, väl avgränsade missbrukargrupper och arbetet bärs upp av en gemensam vårdideologi. Projekten bygger på tät och långvarig kontakt med missbrukarna och präglas av ett starkt engagemang från personalens sida.

Utvecklingen inom institutionsvården har medfört att antalet vårdplatser för tunga alkoholmissbrukare har minskat. Samtidigt har en rad institutionsresurser tillkommit som är mer behandlingsinriktade och vänder sig till missbrukare som har kvar åtminstone en del av sin sociala förankring. De högre ambitionerna och förnyelsen av behandlingsmetoderna är positiva inslag. Utvecklingen innebär samtidigt en ökad risk för att de sämst ställda alkoholmissbrukarna inte får sina vårdbehov tillgodosedda.

Behandlingsforskningen tyder på att behandling av tunga alkoholmissbrukare inte framgångsrikt kan bedrivas i form av tillfälliga insatser av kort varaktighet. Allt talar för att utsikterna att åstadkomma viktiga, positiva förändringar i missbrukarnas liv är större om man inom den öppna vården bygger upp former för långsiktigt stödjande insatser.

Narkotikamissbruk leder ofta till en rad kroppsliga och psykiska skador. Injektionsmissbrukarna utsätter sig för särskilt stora risker att drabbas av allvarliga sjukdomar och förtidig död. Riskerna sammanhänger inte enbart med intagningssättet och de preparat som missbrukas utan också i hög grad med det socialt utsatta liv som missbrukarna lever.

Vissa studier pekar på att dödligheten är mellan 10 och 15 gånger högre bland de intravenösa narkotikamissbrukarna än i normalbefolkningen. Risken för död i förtid tycks vara större vid narkotikamissbruk än vid alkoholmissbruk.

Villkoren tycks successivt ha hårdnat för narkotikamissbrukarna under 1970-talet. Detta tog sig bl a uttryck i en tyngre kriminalitet och ökad sjuklighet. De kvinnliga narkotikamissbrukarna tvingades i allt högre grad till prostitution.

Ingenting tyder på att situationen har förbättrats under 1980-talet. Under de senaste åren har dessutom AIDS/HIV-epidemin tillkommit som ett dödligt hot. HIV-smittan har spritts i snabb takt bland narkotikamissbrukarna, framför allt bland intravenösa heroinmissbrukare i Storstockholmsområdet. Men den har också, fast i mindre utsträckning, drabbat missbrukare av centralstimulantia och fått viss spridning bland narkotikamissbrukare i Malmö-Lund-regionen och i Göteborgsområdet. Hittills har smitta konstaterats hos närmare 400 narkotikamissbrukare.

Ingen HIV-smittad narkotikamissbrukare har ännu utvecklat sjukdomstillståndet AIDS. En förklaring till detta kan vara att många har avlidit i förtid av andra orsaker, främst till följd av överdosering.

I många andra länder svarar narkotikamissbrukarna nu för en betydande del av AIDS-fallen. I USA utgör de intravenösa missbrukarna ca en fjärdedel av alla som fått AIDS-diagnos. Spridningen av epidemin bland missbrukarna är särskilt markant i Italien och Spanien, där mer än hälften av AIDS-fallen utgörs av intravenösa narkotikamissbrukare. I Europa som helhet ökar antalet AIDS-fall bland narkotikamissbrukarna proportionellt mycket snabbare än det totala antalet AIDS-fall.

Vägen in i och ut ur ett tungt narkotikamissbruk beskrivs i olika studier som en process med ett antal urskiljbara steg. Denna process brukar kallas missbrukskarriären. Den inleds i allmänhet i tonåren med ett experimenterande med droger för att efter något eller några år övergå till ett regelbundet missbruk.

De som inte lyckas lämna missbruket i de första stadierna, förlorar förr eller senare kontrollen över sitt missbruk och övergår till ett s k kompulsivt (tvångsmässigt) stadium.

Så småningom brukar emellertid missbrukaren komma till en punkt då han börjar ifrågasätta sitt levnadssätt – vändpunkten. Han vill nu försöka ta sig ur sitt missbruk.

Även vägen ut ur missbrukskarriären går via olika stadier. Under det första av dessa stadier gör missbrukaren utbrytningsförsök som emellertid ofta slutar med återfall. Efter en tid inträder ett skede då behandlingsförsöken får allvarligare inriktning. Under missbrukskarriärens sista stadium – frigörelsestadiet – minskar gradvis behovet av stöd.

Olika studier tyder på att den s k vändpunkten ofta inträffar sent i karriären. En del söker inte vård förrän efter flera års kompulsivt missbruk. När de börjar försöka ta sig ur sitt missbruk har de hunnit bli socialt och fysiskt nedgångna till följd av missbruket och levnadssättet i övrigt. Vägen mot missbruksfrihet går i allmänhet via åtskilliga vårdtillfällen och återfall i missbruk och kriminalitet.

I den diskussion som dessa forskningsresultat har föranlett, har flera betonat att den s k missbrukskarriärens mönster inte behöver vara opåverkligt av de insatser samhället gör mot missbruket och för missbrukarna. Det kan bli inte uteslutas att den s k vändpunkten kan tidigare läggas och att man kan nå större framgång med missbrukare i svårbehandlade skeden, om behandlingens inriktning och uppläggning förändras.

För närvarande kommer narkomanvården emellertid ofta in sent i missbruksförloppet och lyckas ofta inte förkorta det, enligt de studier som nu finns tillgängliga. I skuggan av hotet från AIDS/HIV framstår detta som ett allvarligt problem.

En förstärkt frivilligvård

Mot bakgrund av beskrivningen av missbrukarnas situation och missbrukarvårdens läge, redovisar vi våra överväganden och förslag rörande en förstärkt frivilligvård. De kan sammanfattas i följande 11 punkter.

1 Förtydligande av socialtjänstlagen

Respekten för klienten som person får inte leda till passivitet inför ett fortgående tungt missbruk. När det gäller de tunga missbrukarna kan det inte accepteras att socialarbetarna passivt inväntar att motivationen för förändring skall inställa sig hos klienten. Socialtjänsten har skyldighet att bedriva en aktivt uppsökande verksamhet för att tillförsäkra missbrukarna rätten till stöd och vård.

För att markera detta aktiva förhållningssätt föreslår vi ett tillägg till socialtjänstlagens 11 §. Genom lagändringen förtydligas socialnämndens ansvar för att missbrukare får erforderlig vård. I bestämmelsen klargörs också att vården måste planeras och att socialnämnden noga skall följa den planerade vården.

2 Samarbetet mellan socialtjänsten och de rättsvårdande myndigheterna

En stor del av de tunga narkotikamissbrukarna är okända för såväl socialbyråerna som den särskilda narkomanvården. Många av dessa har i stället kontakt med polisen och kriminalvården. Det är mot den bakgrunden nödvändigt att få till stånd en bättre samordning av socialtjänstens och de rättsvårdande myndigheternas insatser.

Samarbetet mellan polis och socialtjänst bör förstärkas – under ömsesidig respekt för de båda myndigheternas olika funktioner och roller i missbruksarbetet.

Även samarbetet mellan kriminalvård och socialtjänst – som under senare år har utvidgats på ett positivt sätt – bör utvecklas vidare.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 1

3 Förstärkt samarbete inom socialtjänsten

Socialtjänstens arbete med missbrukarna bör få en mer långsiktigt stödjande karaktär. Det krävs bl a för att undvika att missbrukarna roterar runt mellan olika vårdenheter på ett planlöst eller destruktivt sätt. Samarbetet mellan vårdens olika delar måste förstärkas. Inte minst viktigt är det att institutionsvistelser följs upp genom väl planerade insatser i den öppna vården.

4 De psykiskt störda missbrukarna

De psykiskt svårt störda missbrukarna faller ofta mellan socialtjänstens och psykiatrins ansvarsområden. De mest vårdbehövande riskerar därmed att få sina vårdbehov särskilt dåligt tillgodosedda.

Vi föreslår att regeringen ger socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med landstings- och kommunförbunden utarbeta en plan för hur vården av psykiskt svårt störda missbrukare kan förbättras, bl a genom ett förstärkt samarbete mellan socialtjänst och psykiatri.

5 Missbrukarna och arbetsmarknaden

Missbrukarnas förankring på arbetsmarknaden har försämrats drastiskt under de senaste tjugo åren. Såväl socialtjänst som arbetsförmedlingar upplever stora svårigheter att komma till rätta med detta. Bristen på effektiva samverkansformer mellan olika inblandade myndigheter förvärrar problemet. Sådana samverkansformer bör kunna utarbetas och prövas försöksvis.

Vi föreslår att arbetsmarknadsstyrelsen får i uppdrag att i samråd med socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet dra upp riktlinjer för en försöksverksamhet av detta slag.

6 De frivilliga organisationerna

De frivilliga organisationerna utgör en viktig resurs i missbruksarbetet. De är många och har en starkt växlande inriktning, vilket ger utrymme för mångfald och differentiering av insatserna. Vi framhåller vikten av stöd till de frivilliga organisationernas arbete.

7 Behovet av specialisering

Övergången från den gamla funktionsuppdelade socialvården till den integrerade socialtjänsten har medfört viktiga vinster i det sociala arbetet. Där integrationen har lett till en långtgående avspecialisering av missbruksarbetet, har den mellertid samtidigt medfört allvarliga kompetensförluster.

När det gäller arbetet med de tunga missbrukarna inom den öppna socialtjänsten är det nödvändigt att bibehålla och förstärka olika typer av specialresurser.

Prop. 1987/88: 147
Bilaga 1

8 De politiskt förtroendevalda

De politiskt förtroendevalda i socialnämnder och sociala distriktsnämnder spelar en central roll för det sociala arbetet i kommunerna. De har bl a ansvaret för att i konkurrens med övriga kommunala verksamheter driva fram tillräckliga ekonomiska resurser och att värna det sociala området.

9 Utbildning och handledning för vårdpersonalen

Att vårdarbetarna har god utbildning och hög kompetens är avgörande för möjligheten att nå framgång i behandlingsarbetet. Vi framhåller behovet av fördjupning av socionomutbildningen när det gäller kunskaper om missbruk och missbrukarvård.

Grundutbildningen måste kompletteras med återkommande fort- och vidareutbildning. Särskilda utbildningsinsatser för behandlingshemspersonal bör kunna erhålla stöd genom de anslag som socialstyrelsen disponerar för utvecklingsinsatser inom vårdområdet.

I det ofta krävande arbetet med de tunga missbrukarna är handledning ett nödvändigt inslag. Det finns risk för att resurserna för handledning ifrågasätts av besparingsskäl i kommunerna. Vi understryker att detta är en kortsiktig besparing, som riskerar att leda till en ineffektiv missbrukarvård.

10 HIV-epidemin bland narkotikamissbrukarna

HIV-epidemin bland narkotikamissbrukarna har ställt narkomanvården inför dess största utmaning hittills. Regeringens AIDS-delegation har uppställt målet att alla injektionsmissbrukare skall nås för provtagning, avgiftning och behandling. Klyftan mellan detta höga mål och vad narkomanvården kan uträtta i dagsläget är emellertid avsevärd. Narkomanvården måste tillföras de resurser som är nödvändiga för att den skall klara sin svåra uppgift.

Det krävs också en kursändring inom narkomanvården. Dess organisation, metoder och förhållningssätt måste omprövas och anpassas till den nya situationen.

HIV-testning av narkotikamissbrukare måste så långt som möjligt kombineras med psykosocialt stöd och långsiktig behandling. Samarbetet mellan infektionssjukvården och narkomanvården måste förstärkas.

Det finns starka motiv för särskilda vårdprogram inom narkomanvården som kan anpassas till de HIV-smittades särskilda behov av stöd och behandling.

11 Resursfrågan

Missbrukarvårdens resurser är totalt sett underdimensionerade. Delvis kan resursproblemet lösas genom förändrade arbetsmetoder och förändrad

organisation. Socialtjänstens och sjukvårdens insatser för de tunga missbrukarna är i dag ofta oplanerade och dåligt samordnade. Sådan oplanerad och kortsiktig vård är inte bara ineffektiv utan också dyrbar.

Starka skäl talar däremot för resurstillskott dels till narkomanvården, dels till vården av den växande gruppen av socialt utslagna, yngre vuxna alkoholmissbrukare, som i dag sällan fångas upp av vården och ofta avbryter den vård som erbjuds.

Det nya systemet för statsbidrag till missbrukarvården, som började tillämpas år 1986, har snabbt lett till en kraftig minskning av antalet vårdplatser på offentligt drivna behandlingshem. Mycket tyder på att kvalificerade öppenvårdsalternativ inte har vuxit fram i samma takt som institutionerna avvecklats. Utvecklingen riskerar att gå ut över de tyngsta grupperna av missbrukare.

Enligt vår mening finns det skäl att överväga att gå över till ett statsbidragssystem, som innehåller starkare garantier för att de sämst ställda missbrukarnas vårdbehov blir tillgodosedda.

Tvångsvården i statistisk belysning

Tvångsvården av vuxna missbrukare minskade kraftigt i omfattning när LVM infördes år 1982, trots att LVM till skillnad från nykterhetsvårdslagen omfattar även narkotikamissbrukare. Därefter har antalet tvångsintagningar återigen ökat, men fortfarande (1986) är antalet personer som någon gång under året är intagna för tvångsvård mindre än hälften av vad det var år 1981, nykterhetsvårdslagens sista år.

Mer än hälften av anmälningarna om LVM-vård avskrivs av länsstyrelserna, dvs de resulterar inte i ansökan om vård hos länsrätten.

Många missbrukare återkommer för vård eller omedelbara omhändertaganden enligt LVM, ibland flera gånger under samma år.

Omkring en fjärdedel av vårdbesluten föregås av omedelbara omhändertaganden enligt 8 § LVM.

För majoriteten av de LVM-vårdade är alkohol det huvudsakliga missbruksmedlet. Antalet narkotika- och blandmissbrukare har dock ökat kraftigt sedan år 1982.

Majoriteten av klienterna är mellan 30 och 50 år gamla. Omkring 85 procent är män. Narkotikamissbrukarna är genomsnittligt betydligt yngre än alkoholmissbrukarna.

Den genomsnittliga vårdtiden enligt LVM var 73 dagar under år 1985. I omkring 30 procent av fallen fattas beslut om förlängning av vårdtiden enligt 16 § LVM.

Nästan hälften av LVM-klienterna avviker vid minst något tillfälle från LVM-hemmet. Närmare 30 procent av dem som avvek under år 1985 var borta från LVM-hemmet under 15 dagar eller mer. Narkotikamissbrukarna avviker från LVM-hemmen i högre utsträckning än alkoholmissbrukarna och har längre frånvarotid. Nästan 70 procent av narkotikamissbrukarna avvek från LVM-vården vid minst något tillfälle under år 1985.

LVM-vården inleddes med sjukhusvård i 28 procent av fallen under år

1985. Av narkotika- och blandmissbrukarna var det bara 19 procent som erhöll inledande sjukhusvård detta år.

Den möjlighet som LVM ger till försöksvis vård i annan form eller vistelse i det egna hemmet utnyttjas i ca 20 procent av fallen.

Omkring 30 procent av LVM-klienterna vistas under åtminstone någon del av vårdtiden på ett sjukhem för särskilt noggrann tillsyn (§ 18-hem). För narkotikamissbrukarna är motsvarande andel drygt 60 procent.

Klienternas situation vid intagningen till LVM-hemmet är i allmänhet dålig. Flertalet saknar arbete, många är bostadslösa och de flesta försörjer sig genom socialbidrag eller förtidspension. Vid utskrivningen tenderar klienternas situation att ha förbättrats något. Som regel lämnar klienten LVM-hemmet i god fysisk och psykisk kondition. Prognosen på längre sikt är emellertid dålig, enligt olika uppföljningsstudier.

En reviderad tvångsvårdslag

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) har varit i kraft i drygt fem år. Lagen var när den tillkom en kompromiss som inte skulle ses som en definitiv lösning på frågan om tvångsvård av vuxna missbrukare. Vi har nu sett över lagen och funnit att den på en rad punkter behöver preciseras, ändras och kompletteras. Ändringarna är omfattande men inte av sådan karaktär att lagen i grunden har förändrats. Vi föreslår att en ny lag införs, men att den får samma namn som den gamla. Våra viktigaste överväganden och förslag när det gäller den nya lagens utformning kan sammanfattas i följande 12 punkter.

1 Lagens syfte

Vi har funnit att lagens nuvarande syfte bör ligga fast. Grundtanken att det främst är den enskildes behov av vård som skall vara avgörande är alltså bärande. Syftet med LVM är att motivera missbrukaren att frivilligt ta emot fortsatt behandling och stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Vi ser det som viktigt att syftet klart framgår av lagtexten och föreslår att LVM kompletteras med en bestämmelse härom. Vi föreslår också att förhållandet mellan socialtjänstlagen och LVM klargörs i lagens inledande bestämmelser. Den frivilliga vården ges enligt socialtjänstlagen. LVM är en kompletterande lag som närmare reglerar förutsättningarna för att avvika från den grundläggande frivillighetsprincipen i socialtjänstlagen.

2 Tidigare ingripanden

I den nuvarande lagen har förutsättningarna för tvångsvård preciserats så restriktivt, att lagen kan sägas ha fått en akutlagskaraktär. I praktiken kommer tvångsvård som regel bara i fråga i mycket sena stadier av missbruket och i situationer som kan beskrivas som akuta. Det innebär bl a att missbrukare i åldrarna strax över 20 år sällan kommer i fråga för LVM-vård. Det är i dessa åldrar som missbruket befästs och den sociala utslagningen fördjupas.

Det är enligt vår mening inte acceptabelt att utforma LVM så restriktivt att den överhuvud taget inte kan användas för att motverka ett fortsatt allvarligt missbruk bland vuxna, yngre missbrukare annat än i närmast extrema undantagsfall.

Vi anser inte heller att man generellt kan inskränka lagens användningsområde till helt akuta situationer i fråga om missbrukare i senare stadier av missbruket.

Vi föreslår att förutsättningarna för vård enligt LVM får ändrad lydelse i flera olika avseenden.

I nuvarande LVM anges att missbruket skall vara sådant att det föreligger ett trängande behov av vård för att komma ifrån det. Ordet trängande har i den praktiska tillämpningen kommit att uppfattas som ett krav på akut behov av avgiftning. En så snäv tillämpning var inte avsedd när LVM infördes. Ordet trängande överges därför, samtidigt som nuvarande 2 och 3 §§ skrivs ihop till ett lagrum. Därmed understryks sambandet mellan rekvisiten i bestämmelserna.

För att vård enligt LVM skall kunna beredas en missbrukare krävs bl a att han till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara. Det är de rent medicinska hälsoriskerna som avses. Genom den starka betoningen av detta i lagens förarbeten har LVM-ingripanden i stor utsträckning kommit att begränsas till fall där medicinskt påvisbara skador kunnat konstateras.

Enligt vår mening är det angeläget att kunna ingripa på ett tidigare stadium av missbruket. Vid bedömningen av om missbrukaren utsätter sin hälsa för en allvarlig fara är det inte möjligt att göra någon klar skillnad mellan skadeverkningar av social och av medicinsk natur. Avgörande bör i stället vara en helhetsbedömning av individens situation.

Personer, för vilka missbruket har kommit att spela en dominerande roll och som till följd av missbruket exempelvis har tappat sin anknytning till arbetsmarknaden och hamnat utanför normala sociala relationer, måste kunna beredas vård, även om hälsan i strikt medicinsk mening ännu inte kan anses allvarligt hotad. Vi föreslår att vård enligt LVM skall beredas den som – om övriga förutsättningar är uppfyllda – till följd av missbruket utsätter sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara eller allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt.

Den föreslagna ändringen kommer enligt vår mening att ha sin främsta betydelse när det gäller de unga missbrukarna. Många unga vuxna missbrukare är i dag på väg mot en livsföring där drogen är det centrala och där risken för kriminalitet, våld, ohälsa och förtidig död är starkt förhöjd. Om man i ett sådant fall klart ser risken, men inte kan förmå missbrukaren till frivillig vård, bör vård enligt LVM tillgripas.

3 Närståendeskyddet

Enligt de regler som nu gäller kan ett ingripande enligt LVM också ske om missbrukaren kan befaras komma att allvarligt skada någon närstående. Vi föreslår att detta rekvisit för ingripande skall finnas kvar. Våldsbrottsligheten i hemmen mot kvinnor och mot barn är hög. De möjligheter till

straffrättsliga ingripanden som finns vid misshandel eller olaga hot kan inte ge tillräckligt skydd för de anhöriga. Skyddet enligt LVM föreligger redan vid fara för allvarlig skada. Straffrättsliga ingripanden förutsätter ett fullbordat brott eller ett åtalbart försök till brott.

Vi har övervägt om skyddet för närstående bör utsträckas till att omfatta även andra människor. En viktig skillnad mellan de närståendes och utomståendes situation är att våld mot anhöriga oftast sker i hemmen där hjälp utifrån sällan kan påräknas.

De utomstående befinner sig även i andra avseenden som regel i en avsevärt mindre utsatt situation i förhållande till missbrukaren än vad hans närmaste gör. Till skillnad från de anhöriga har den utomstående sällan någon spärr mot att ange gärningsmannen eller medverka under utredning och rättegång. Dessutom skulle en vidgning från den begränsade personkrets som missbrukarens familj utgör till alla i hans omgivning, innebära ett betydligt mera långtgående avsteg än närståendeskyddet från principen om LVM som en vårdlagstiftning.

Vi föreslår därför att LVM:s tillämpningsområde inte utvidgas till att omfatta även fall då någon till följd av missbruket kan befaras komma att allvarligt skada någon annan än sina närstående.

4 Samhällets skyldighet att ingripa

Enligt nuvarande bestämmelser *kan* missbrukaren beredas vård enligt LVM, om förutsättningarna för detta är uppfyllda. Vi föreslår i stället att tvångsvård *skall* beslutas, om förhållandena är så allvarliga som anges i bestämmelsen. Samhället har nämligen enligt vår mening en skyldighet att ingripa, om missbrukaren eller hans närstående befinner sig i så allvarlig fara som lagen anger och frivilliga insatser inte hjälper. Genom ordet *skall* markeras detta ansvar.

5 LVM och AIDS

I kampen mot AIDS är det ett centralt mål att förmå HIV-smittade missbrukare att upphöra med sitt missbruk. Genom att dela sprutor med andra sprider en smittad HIV-viruset vidare. Han kan dessutom sprida smittan genom att ha sexuellt umgänge med andra. Vi har övervägt frågan om det för omgivningens skydd mot intravenösa HIV-smittade missbrukare finns behov av att utvidga tillämpningsområdet för LVM. Som en särskild specialindikation för tvångsvård skulle då anges att någon till följd av sitt missbruk genom smitta av HIV-virus utsätter andras hälsa för allvarlig fara.

Vi har emellertid funnit att en sådan utvidgning inte är nödvändig eller lämplig. Hälsoriskerna för den enskilde missbrukaren är alltid så stora, när det är fråga om ett dagligt intravenöst missbruk, att LVM:s rekvisit för vård på grund av fara för den egna hälsan är uppfyllt. Smittskyddet måste enligt vår mening primärt tillgodoses genom smittskyddslagen, som är en renodlad skyddslagstiftning, och inte genom LVM, som i allt väsentligt är en vårdlag.

Den nuvarande lagen är begränsad till missbruk av alkohol och narkotika. Vi har funnit att det finns ett inte obetydligt antal vuxna missbrukare av i första hand flyktiga läsningsmedel, för vilka insatser enligt socialtjänstlagen framstår som otillräckliga. Det har visat sig nödvändigt att införa en möjlighet i LVM att bereda vård åt denna grupp av ofta svårt skadade missbrukare. Vi föreslår därför att LVM utvidgas till att gälla missbruk av alkohol, narkotika eller annat liknande beroendeframkallande medel.

7 Vårdtiden

Att upphöra med ett tungt missbruk är en långsiktig process som inbegriper sättet att leva och förhålla sig till omvärlden. Så långtgående förändringar kan inte påtvingas missbrukaren; han eller hon måste själv välja dem. Vi avvisar därför tanken på att omgärda ett längre behandlingsprogram med tvång. Vårdtiden i LVM bör emellertid bestämmas med utgångspunkt i att en sådan förändringsprocess skall kunna inledas. Erfarenheten visar att detta i åtskilliga fall kräver längre vårdtider än vad lagen i dag ger möjlighet till.

Vi föreslår sex månader som en längsta vårdtid. Det bör inte som nu finnas någon möjlighet till förlängning av tiden. Mot möjligheten till förlängning talar främst erfarenheten att den enskilde ibland ser förlängningen som en bestraffning. Detta är till men för behandlingen.

Syftet är inte att generellt göra de faktiska vårdtiderna på LVM-hemmet längre. Strävan bör vara att vårdperioden på LVM-hemmet görs så kort som möjligt och att klienten, med stöd av lagen, slussas över till någon annan lämplig vårdform så snart det finns förutsättningar för detta. I en del fall kan det vara lämpligt att den intagne förs över till vård utanför LVM-hemmet omedelbart efter avgiftningen. Den återstående vårdtiden enligt LVM syftar till att säkerställa att han eller hon fullföljer den inledande fasen av detta program, vilket kan antas bidra till att klienten därefter fortsätter behandlingen i frivilliga former.

Redan den nuvarande lagen ger en möjlighet att under vårdtiden pröva vård i annan form. Den möjligheten utnyttjas emellertid i relativt få fall. Det viktigaste skälet till att detta inte förekommer oftare är att vårdtiden bedöms vara för kort för att medge såväl vård på LVM-hemmet som vård i annan form. Beredningens förslag i fråga om vårdtiderna syftar bl a till att utvidga möjligheterna till en smidig övergång från LVM-hemsvistelsen till vård i öppnare former.

Den vårdform som den intagne förs över till under LVM-tiden måste väljas utifrån den enskildes behov och förutsättningar och i samverkan med honom. Flertalet av de LVM-vårdade är alkoholmissbrukare i åldern 30 år eller äldre. De flesta av dem bör efter någon eller några månader på LVM-hemmet kunna föras över till väl planerade insatser i öppen vård. För narkotikamissbrukarna och många av de yngre alkoholmissbrukarna, för vilka det är realistiskt att arbeta med högre rehabiliteringsmål, bör utslussningen i många fall kunna ske till kollektiv, andra behandlingshem eller familjevård för vuxna.

När det gäller beräkningen av vårdtiden föreslår vi att tid under vilken missbrukaren är avviken från LVMhemmet eller vistas på kriminalvårdsanstalt eller i häkte inte skall få inräknas i vårdtiden.

Det bör understrykas att den nya vårdtiden, sex månader, är den maximala tiden. Som hittills skall LVM-vården upphöra så snart syftet med vården har uppnåtts.

8 Ansökan om vård och utredning

Vi anser att länsstyrelsen, i ärenden om vård enligt LVM, bör ansvara för utredning och ansökan till länsrätten. Av rättssäkerhetsskäl är det bättre att någon annan än socialnämnden bedömer när möjligheterna att vidta frivilliga åtgärder är uttömda. Socialnämndernas olika utgångspunkter och prioriteringar kan leda till stora lokala skillnader i bedömningen av vilka ärenden som bör föras till domstol. Man måste slå vakt om enhetlighet när det som här gäller tvångsåtgärder. Det är också viktigt att anmälningar om behov av LVM-vård från polis, läkare och andra myndigheter som kommer i kontakt med missbrukare kontrolleras av en utomstående myndighet.

Vi har emellertid funnit att socialnämnderna bör spela en aktivare roll under utredningen än för närvarande. I LVM-ärenden åligger det redan i dag enligt 11 § och 50 § socialtjänstlagen socialnämnden att göra en egen utredning. Det är därför enligt vår mening naturligt att socialnämnden även utför den egentliga LVM-utredningen på länsstyrelsens uppdrag. Härigenom ökar också möjligheten för socialnämnden att tidigt etablera en kontakt med missbrukaren för att kunna planera och genomföra egna insatser för honom.

Vi föreslår alltså att ansvaret för utredning och ansökan skall ligga kvar hos länsstyrelsen. Själva utredningsarbetet, dvs insamlandet av faktaunderlaget, skall göras av socialnämnden.

9 Omedelbara omhändertaganden

En missbrukare får omhändertas omedelbart om det är sannolikt att han kan beredas vård enligt LVM och rättens beslut om vård inte kan avvaktas. Det är polismyndigheten som fattar sådana beslut.

Det har visat sig att också socialnämnden ofta kommer i kontakt med missbrukare som behöver tas om hand omedelbart. Anhöriga till missbrukare vänder sig inte sällan till socialnämnden för att anmäla att en missbrukare har ett akut behov av hjälp. Med nuvarande regler måste socialnämnden hänvisa dem till polisen. Det har emellertid visat sig, att många anhöriga drar sig för att anlita polisen i dessa lägen.

Ett annat problem med nuvarande beslutsordning är att socialnämnden ofta bistår polisen med uppgifter om missbrukaren, i syfte att förmå polismyndigheten att fatta beslut om ett omedelbart omhändertagande. Detta uppgiftslämnande är inte förenligt med sekretesslagens regler och kan därför inte accepteras.

Av dessa skäl föreslår vi att socialnämnden, vid sidan av polisen, skall ges rätt att besluta om omedelbara omhändertaganden.

Prop. 1987/88: 147
Bilaga 1

10 Socialnämndens ansvar för LVM-klienterna

Målet är att LVM-vården skall ge förutsättningar för missbrukaren att fullfölja ett långsiktigt behandlingsprogram. För att skapa sådana förutsättningar har vi, som framgått, bl a föreslagit att vårdtiden förlängs till högst sex månader. Denna vårdtid skall kunna utnyttjas inte bara för vård på LVM-hemmet utan även för att pröva behandling i andra vårdformer, som t ex enskilt eller kommunalt drivna behandlingshem, familjehem eller olika typer av behandlingsprogram i öppen vård. Föreståndaren för ett LVM-hem skall så snart det är möjligt besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Vi föreslår att det uttryckligen slås fast i lagen att socialnämnden skall se till att sådan vård ordnas. Det innebär att socialnämnderna blir skyldiga att erbjuda institutionernas klienter för dem lämpliga alternativa vårdformer.

För att vård i annan form skall komma till stånd anser vi att LVM-hemmens politiskt valda styrelser bör få till uppgift att särskilt bevaka frågan. Vi föreslår därför att föreståndaren åläggs att anmäla till styrelsen om en intagen vistats på ett LVM-hem i tre månader utan att vård i annan form prövats. Föreståndaren skall ange orsaken till att det inte skett. Styrelsen får genom denna insyn möjlighet att påverka såväl föreståndaren som socialnämnderna att arbeta mer aktivt för att vård i annan form skall komma till stånd.

Eftervården och utslussningen i samhället av de intagna är ofta avgörande för vårdens resultat. Vi föreslår därför att socialnämndens ansvar för detta lyfts fram och slås fast. Enligt vår mening bör det särskilt föreskrivas i lagen att socialnämnden aktivt skall verka för att den enskilde efter vårdtiden på LVM-hemmet får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han får personligt stöd eller behandling för att komma ifrån missbruket.

Vi föreslår också att socialnämnden mer aktivt skall planera den fortsatta vården av missbrukaren. Redan under utredningstiden bör en kontaktman utses för missbrukaren. Denne bör göra upp en plan för vården och bistå missbrukaren med kontakter med andra vårdgivare. När det blir aktuellt med vård i annan form måste en plan upprättas för denna vård. Också här har kontaktmannen en viktig uppgift.

11 Inledande sjukhusvård

Vård enligt LVM bör i allmänhet inledas med vård på sjukhus. Våra undersökningar visar emellertid att vården inletts på sjukhus i betydligt mindre utsträckning än vad som förväntades vid LVM:s tillkomst. På vissa håll, framför allt i Stockholm, är det endast i undantagsfall en missbrukare får sjukhusvård. Anledningen till detta är i första hand att man saknar rätt att hålla kvar missbrukaren på ett sjukhus och att missbrukarna i mycket stor utsträckning avviker från sjukhusvården.

Vi anser att principen om frivillighet i hälso- och sjukvården är så viktig att den inte bör frångås av det skälet att en missbrukare kan befaras avvika. Vi är således inte beredda att föreslå att en LVM-patient skall kunna behandlas mot sin vilja på ett sjukhus eller kvarhållas på sjukhuset i behandlingssyfte.

Däremot måste det införas regler som säkerställer att han, om han vill lämna sjukhuset, i stället omedelbart förs över till det LVM-hem där han är intagen. Det är enligt vår mening självklart att han inte kan tillåtas avvika från LVM-vården. Vi föreslår därför att det införs en skyldighet för överläkaren vid den sjukhusenhet där patienten vårdas att se till att socialnämnden eller LVM-hemmet genast underrättas om en missbrukare önskar lämna sjukhuset. Överläkaren får besluta att missbrukaren skall hindras att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att han kan föras över till LVM-hemmet.

12 Vårdinstitutioner med enskild huvudman

Vi föreslår att LVM-vården även i fortsättningen skall lämnas genom hem som drivs av landstingskommuner eller kommuner. Ansvaret för vården och tvångsbefogenheterna skall således förbehållas offentligt drivna hem. Såväl principiella skäl som behandlingsmotiv talar för en sådan ordning. Enskilt drivna hem kommer emellertid att kunna spela en större roll inom LVM-vården än hittills genom vårt förslag att utvidga möjligheterna till vård utanför LVM-hemmet under vårdtiden.

LVM-vårdens innehåll

Tvångsvård av vuxna missbrukare är en utomordentligt svår behandlaruppgift, särskilt om ambitionerna sträcker sig längre än till att avvärja en akut kris. Ju högre rehabiliteringsmålen sätts, desto svårare är uppgiften.

Den kraftiga ökningen av antalet narkotikamissbrukare som erhåller tvångsvård ställer vårdområdet inför svårbemästrade problem. Narkotikamissbrukarnas motstånd mot behandlingen är ofta massivt. Den växande gruppen av yngre, tunga alkoholmissbrukare har en problembild som i viktiga avseenden påminner om narkotikamissbrukarnas.

För båda dessa grupper är det med hänsyn till deras ålder och de risker som ett fortsatt tungt missbruk för med sig rimligt att arbeta med förhållandevis höga rehabiliteringsmål. Detta kräver en ny typ av kvalificerad tvångsvård som i dag i stort sett saknas.

Frånsett de särskilda LVM-hem för narkotikamissbrukare som under det senaste året tillskapats i Stockholm och Malmö, har vi ännu ingen erfarenhet av den typ av tvångsvård det här är fråga om. De största problemen när denna vårdsektor skall byggas ut kommer sannolikt att gälla personalrekryteringen. Stora insatser måste därför göras för att höja vårdområdets status. Härvid spelar åtgärder som stimulerar kunskaps- och metodutvecklingen inom vårdsektorn en viktig roll. Därutöver krävs att löner och övriga anställningsvillkor för personalen förbättras väsentligt.

Den i och för sig naturliga uppmärksamheten på de nya svårigheter som

narkotikamissbrukarna ställer tvångsvården inför får inte leda till att den del av LVM-vården, som fortfarande är den helt dominerande, nämligen vården av de äldre alkoholmissbrukarna, kommer i skymundan. Även den delen av tvångsvården är i behov av utveckling och förändring i flera avseenden. Det gäller såväl själva institutionsvården som uppföljningen i öppenvården.

Det finns inget fog för påståendet att LVM-vård måste vara en dålig och passiv vård. Tvångsvården har av tradition låg status inom missbrukarvården. Men det finns också exempel på tvångsvård med hög status. Tvångsvården av unga missbrukare kännetecknades länge av en pessimism som i allt väsentligt liknar den som i dag ibland präglar tvångsvården av vuxna. Under 1970-talet ställdes mycket av detta på huvudet genom framväxten av de sk Hasselakollektiven. De nya behandlingskollektiven visade att det som många tidigare hade trott vara omöjligt var möjligt; det går att ge tvångsvård ett kvalificerat innehåll.

LVM-vårdens resurser

Antalet tvångsvårdsplatser för vuxna missbrukare har reducerats kraftigt under senare år. Under perioden 1982–1987 har antalet platser minskat med omkring en fjärdedel.

Under samma period har antalet intagningar enligt LVM ökat snabbt.

Minskningen av resurserna för LVM-vård har medfört att de tillgängliga vårdplatserna nu är för få i förhållande till behoven. Bristen är särskilt påtaglig för narkotikamissbrukarnas del. Därtill kommer att behovet av platser vid hem för särskilt noggrann tillsyn klart överstiger de tillgängliga resurserna för sådan vård för såväl alkohol- som narkotikamissbrukarna. I vissa avseenden måste läget beskrivas som akut ohållbart. Situationen innebär att den beslutade LVM-vården i många fall aldrig kommer till stånd eller, i andra fall, att ingen tar initiativ till LVM-vård, trots att sådan vård framstår som starkt motiverad, eftersom adekvata vårdresurser inte finns att tillgå.

Vi föreslår att en särskild ledningsgrupp tillsätts med uppdrag att skyndsamt inventera behoven av tillkommande LVM-resurser i de olika länen och att utarbeta en plan för hur den erforderliga utbyggnaden kan genomföras. I gruppen bör ingå företrädare för socialstyrelsen och de båda kommunförbunden.

Vi anser att särskilda statliga medel för att utveckla LVM-vården, som komplement till det statsbidrag som nu utgår till missbrukarvård m m, är motiverade bl a med hänsyn till den extraordinära situation som HIV-epidemin har skapat. Ett sådant kompletterande statsbidrag bör vara inriktat på att stödja tillkomsten av kvalificerade LVM-resurser avsedda i första hand för narkotikamissbrukarna.

Staten bör genom det särskilda bidraget bl a finansiera en viss del av kostnaderna för driften av dessa institutioner.

Bidraget bör emellertid utgå inte bara till LVM-hemmen utan också till den del av LVM-vården som skall äga rum utanför LVM-institutionen. Medlen, som bör utgå i form av projektbidrag, bör fördelas av den ovan

nämnda ledningsgruppen. Till ledningsgruppen bör knytas en grupp av särskilt erfarna och kvalificerade behandlare, som bl a kan fungera som konsulter åt de lokala projekten.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 1

Vi understryker att ett ställningstagande till frågan om förstärkta resurser för LVM-vård bör ske med förtur.

Ekonomiska konsekvenser av förslagen

Inte bara våra förslag till ändringar i LVM utan i ännu högre grad utvecklingen på missbruksområdet, med spridningen av HIV-smittan bland narkotikamissbrukarna som ett särskilt allvarligt inslag, kommer att framtvunga betydande öknings av samhällets kostnader för missbrukarvården, främst narkomanvården.

Det är inte meningsfullt att närmare försöka beräkna dessa kostnader. Det är inte heller möjligt att visa hur förslagen kan finansieras i form av omprövning av pågående verksamhet inom utredningsområdet.

Det är däremot helt klart att uteblivna eller onödigt sena insatser på sikt kommer att medföra utomordentliga kostnader för samhället. De ökade kostnader för stat och kommun som en upprustning av narkomanvården för med sig, måste jämföras med de framtida besparingar för samhället som en begränsning av HIV-epidemin innebär.

Förslag till

Lag om vård av missbrukare i vissa fall

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § De i 1 § socialtjänstlagen (1980:620) angivna målen för samhällets socialtjänst skall vara vägledande för all vård som syftar till att hjälpa enskilda människor att komma ifrån missbruk av alkohol, narkotika eller annat liknande beroendeframkallande medel. Vården skall bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde.

2 § Vård inom socialtjänsten av en missbrukare skall ges i samförstånd med den enskilde enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (1980:620).

En missbrukare skall dock beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i denna lag (tvångsvård).

För tvångsvårdens innehåll och utformning gäller bestämmelserna i socialtjänstlagen om inte annat anges i denna lag.

3 § Tvångsvården skall syfta till att motivera missbrukaren att frivilligt ta emot fortsatt behandling och stöd för att komma ifrån sitt missbruk.

Beredande av vård

4 § Tvångsvård skall beslutas, om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller annat liknande beroendeframkallande medel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (1980:620) eller på något annat sätt och han till följd av missbruket

1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt,

2. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller

3. kan befaras komma att allvarligt skada någon närstående.

Om någon för kortare tid ges vård med stöd av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt denna lag.

5 § Länsrätten beslutar i fråga om att bereda någon tvångsvård.

6 § Myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare är skyldiga att anmäla till länsstyrelsen om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt denna lag. Vad som nu har sagts skall dock inte gälla myndigheter inom hälso- och sjukvården i vidare mån än som följer av andra stycket.

En läkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med en missbrukare som kan antas vara i behov av vård enligt denna lag skall anmäla detta till länsstyrelsen, om den vårdbehövande inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

7 § Länsstyrelsen skall inleda utredning, om det genom anmälan enligt 6 § eller på något annat sätt kommit till dess kännedom att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård.

Myndigheter som anges i 6 § första stycket är skyldiga att lämna länsstyrelsen alla uppgifter som kan vara av betydelse för en sådan utredning.

8 § Socialnämnden skall lämna länsstyrelsen en redogörelse för missbrukarens förhållanden och för tidigare vidtagna och för planerade åtgärder. Socialnämnden skall också ange i vilket hem intagning kan ske och vilken vård utanför hemmet som planeras, om intagning sker.

9 § Socialnämnden skall i samband med att redogörelsen enligt 8 § upprättas utse en tjänsteman hos nämnden som skall svara för kontakterna med missbrukaren och med olika vårdgivare.

10 § När utredningen har inletts skall länsstyrelsen, om det inte är uppenbart obehövligt, besluta om läkarundersökning av missbrukaren samt utse en läkare för undersökningen. Läkaren skall i ett intyg ange den enskildes aktuella hälsotillstånd.

11 § Anser länsstyrelsen efter utredning att det finns skäl att bereda någon tvångsvård, skall länsstyrelsen ansöka om sådan vård hos länsrätten.

Till ansökan skall fogas de uppgifter socialnämnden lämnat enligt 8 § och, om inte synnerligt hinder möter, ett läkarintyg om den enskildes aktuella hälsotillstånd.

Om ansökan inte innehåller läkarintyg eller om det behövs av andra skäl, får rätten föranstalta om läkarundersökning.

12 § Socialnämnden skall se till att rättens beslut om tvångsvård verkställs genom att missbrukaren bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 23 § första stycket, på sjukhus.

Rättens beslut upphör att gälla, om vården inte har påbörjats inom fyra veckor från den dag då beslutet vann laga kraft.

Beslutet upphör också att gälla om missbrukaren, sedan vården har påbörjats, under mer än sex månader i följd antingen har vistats olovligen utanför hem som avses i 22 § eller varit intagen i häkte eller kriminalvårdsanstalt.

Omedelbart omhändertagande

13 § Socialnämnden eller polismyndigheten får besluta att en missbrukare omedelbart skall omhändertas, om

1. det är sannolikt att han kan beredas vård med stöd av denna lag och

2. rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att han kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat, om han inte får omedelbar vård, eller på grund av att det föreligger en överhängande risk för att han till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Kan socialnämndens beslut om omhändertagande inte avvaktas, får beslut om omhändertagande fattas av nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat. Beslutet skall anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

När länsstyrelsen har ansökt om tvångsvård med stöd av lagen, kan även rätten besluta att missbrukaren omedelbart skall omhändertas.

14 § Ett beslut om omedelbart omhändertagande skall genast underställas länsrätten. Länsstyrelsen skall genast underrättas om beslutet. Har polismyndigheten fattat beslutet, skall myndigheten genast underrätta socialnämnden om sitt beslut.

Har socialnämnden eller polismyndigheten beslutat om omedelbart omhändertagande efter det att länsstyrelsen har ansökt om vård, skall beslutet underställas den rätt som prövar frågan om vård.

15 § Innan beslutet underställs rätten skall den myndighet som fattat beslutet, om hinder inte möter, låta den omhändertagne få del av handlingarna i ärendet samt underrätta honom om hans rätt att

1. yttra sig skriftligen till rätten inom en viss angiven tid,
2. begära muntlig förhandling och
3. erhålla offentligt biträde enligt rättshjälpslagen (1972:429).

Han skall också upplysas om att rätten kan komma att avgöra målet även om yttrande inte lämnas.

16 § Rätten skall så snart det kan ske och senast inom fyra dagar från det att beslutet underställdes rätten eller, om beslutet inte är verkställt när det underställs, från det att beslutet verkställdes, pröva om omhändertagandet skall bestå. Denna tid får förlängas till en vecka, om det på grund av någon särskild omständighet är nödvändigt. Om det inte finns skäl för omhändertagandet, skall rätten genast upphäva beslutet.

17 § Om någon är omhändertagen enligt 13 § första stycket, skall ansökan om tvångsvård ha kommit in till länsrätten inom en vecka från det länsrätten meddelade beslut att omhändertagandet skulle bestå. Har ansökan inte kommit in inom denna tid eller finner länsrätten att det inte längre finns skäl för omhändertagandet, skall länsrätten upphäva beslutet om omhändertagande.

Ett beslut om omhändertagande upphör att gälla när rätten avgör frågan om vård enligt denna lag eller om den omhändertagne häktas.

18 § En läkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med en missbrukare som kan antas omedelbart behöva tas om hand enligt denna lag skall anmäla detta till socialnämnden, om missbrukaren inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

19 § Socialnämnden skall se till att den som är omedelbart omhändertagen utan dröjsmål bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 23 § första stycket, på sjukhus.

Vårdtid

20 § Tvångsvården skall upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader (vårdtid). Vården påbörjas genom beslut om intagning och upphör genom beslut om utskrivning enligt 24 §.

21 § Som vårdtid räknas inte den tid då missbrukaren

1. olovligen vistas utanför hem som avses i 22 § eller
2. är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt.

22 § Tvångsvård lämnas genom hem som drivs av landstingskommuner eller kommuner och som är särskilt avsedda att lämna vård enligt denna lag (LVM-hem). Ett sådant hem skall ledas av en styrelse.

Styrelsen förestår vården vid hemmet i den mån uppgiften inte har överlåtits på en särskild föreståndare.

23 § Vården skall inledas på sjukhus, om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt.

Om någon behöver sjukhusvård under vårdtiden, skall han beredas sådan vård.

Överläkaren vid den sjukhusenhet där missbrukaren vårdas skall se till att socialnämnden eller föreståndaren vid LVM-hemmet genast underrättas, om missbrukaren önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset. Överläkaren får besluta att missbrukaren skall hindras att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att missbrukaren kan föras över till ett LVM-hem.

24 § Om intagning i och om utskrivning från ett LVM-hem beslutar den som förestår vården vid hemmet.

Den som förestår vården vid ett LVM-hem får också besluta att en intagen skall flyttas till ett annat LVM-hem, om det anses lämpligt från vårdsynpunkt och den som förestår vården vid det andra hemmet samtycker till överflyttningen.

25 § Den som förestår vården vid ett LVM-hem skall fortlöpande underrätta socialnämnden om hur vården framskrider och samråda med nämnden i alla frågor av vikt. Före överflyttning till ett annat hem och före utskrivning skall samråd alltid ske.

26 § Den som förestår vården vid ett LVM-hem skall, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form.

Socialnämnden skall se till att vården anordnas.

Om förutsättningar för vård i annan form inte längre föreligger, får den som förestår vården besluta att missbrukaren skall hämtas tillbaka till hemmet.

27 § Innan vård i annan form påbörjas skall socialnämnden i samråd med den intagne och den som förestår vården upprätta en plan för denna vård.

28 § Har en intagen vistats vid ett LVM-hem i tre månader utan att ha beretts vård i annan form, skall föreståndaren anmäla detta till hemmets styrelse och ange orsaken till det.

29 § Socialnämnden skall aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt skall se till att han får personligt stöd eller behandling för att varaktigt komma ifrån missbruket.

Särskilda befogenheter

30 § Den som vårdas enligt denna lag vid ett LVM-hem får inte inneha alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel, injektionssprutor eller kanyler eller något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Påträffas sådan egendom, får den omhändertas.

31 § Om det anses påkallat, får den som vårdas enligt denna lag kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, när han kommer till LVM-hemmet, för kontroll av att han inte bär på sig något som han inte får inneha där. Detsamma gäller om det under vistelsen i hemmet uppkommer misstanke att sådan egendom skall påträffas hos honom.

Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning får inte göras mer ingående än vad ändamålet med åtgärden kräver. All den hänsyn som omständigheterna medger skall iakttas. Om möjligt skall ett vittne närvara.

32 § Bestämmelserna i 30 och 31 §§ skall gälla för alla som vårdas vid ett LVM-hem, om det är nödvändigt för att genomföra vården och upprätthålla ordningen vid hemmet och regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen medger det.

33 § För missbrukare som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall finnas LVM-hem som är anpassade för det. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen beslutar vilka hem som skall vara sådana hem.

34 § Den som vårdas enligt denna lag i ett hem som avses i 33 § får hindras att lämna hemmet och i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för att vården skall kunna genomföras. Hans rörelsefrihet får också inskränkas när det behövs av hänsyn till andra intagnas eller till personalens säkerhet.

35 § Försändelser till den som vårdas enligt denna lag vid ett sådant hem som avses i 33 § får kontrolleras, om det behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet eller till den intagnes särskilda förhållanden. Om en ankommande försändelse innehåller egendom som inte får innehas enligt 30 §, får den omhändertas.

36 § Har alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel omhändertagits enligt 30 eller 35 § eller har sådana påträffats inom ett LVM-hem utan att det finns någon känd ägare till dem, skall den som förestår vården vid hemmet låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m. m. Belopp som erhålls vid försäljning tillfaller staten.

Detsamma skall gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas vid missbruk av och annan befattningsmedel alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel.

Bestämmelser om handläggningen

37 § Mål och ärenden enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.

38 § I mål om beredande av vård, där missbrukaren är omhändertagen enligt 13 § första stycket, skall länsrätten företa målet till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan om vård kom in eller, i fall som avses i 14 § andra stycket, från den dag då underställningen skedde. Om ett beslut om omedelbart omhändertagande inte är verkställt när det underställs eller om länsrätten har beslutat om omedelbart omhändertagande enligt 13 § tredje stycket, skall målet företas till avgörande inom en vecka från den dag då beslutet verkställdes.

Länsrätten får förlänga dessa tider, om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 2

39 § I mål om beredande av vård med stöd av denna lag skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövt. I andra mål enligt denna lag prövar rätten om det finns skäl att hålla muntlig förhandling.

Om någon part begär muntlig förhandling, skall sådan hållas. Parterna skall upplysas om sin rätt att begära muntlig förhandling.

Om en enskild part som har kallats vid vite att inställa sig personligen till en förhandling uteblir, får rätten förordna att han skall hämtas till rätten antingen omedelbart eller till en senare dag.

40 § Vid handläggning i kammarrätt av andra mål enligt denna lag än mål om omedelbart omhändertagande skall nämndemän ingå i rätten.

41 § I mål och ärenden enligt denna lag får delgivning med den enskilde inte ske med tillämpning av 12 eller 15 § delgivningslagen (1970:428).

42 § Om offentligt biträde och annan rättshjälp i mål och ärenden enligt denna lag finns bestämmelser i rättshjälpslagen (1972:429).

43 § Beslut om omhändertagande enligt 13 § gäller omedelbart.

Beslut om överflyttning enligt 24 § andra stycket får förordnas att gälla omedelbart, om det behövs från vårdsynpunkt. Andra beslut av styrelsen eller någon annan som förestår vården vid ett LVM-hem gäller omedelbart.

Rätten får förordna att beslut som rätten har meddelat skall gälla omedelbart.

Bestämmelser om överklagande

44 § Beslut av styrelsen vid ett LVM-hem eller av någon annan som förestår vården vid ett sådant hem får överklagas av den enskilde hos länsrätten genom besvär, om beslutet avser överflyttning enligt 24 § eller avslag på begäran om utskrivning.

Andra beslut enligt denna lag av styrelsen eller av den som annars förestår vården vid ett LVM-hem får inte överklagas.

Beslut om läkarundersökning enligt 10 § och 11 § tredje stycket får inte överklagas.

Överklagande av rättens beslut om omedelbart omhändertagande är inte inskränkt till viss tid.

Polishandreckning

45 § Polismyndigheten skall lämna biträde för att

1. på begäran av länsstyrelsen eller rätten inställa en missbrukare till en beslutad läkarundersökning.

2. på begäran av socialnämnden inställa den som skall beredas vård enligt denna lag vid ett LVM-hem eller sjukhus samt

3. på begäran av den som förestår vården vid ett LVM-hem efterforska, hämta eller förflytta någon som bereds vård där med stöd av denna lag.

46 § Är någon som har beretts vård med stöd av denna lag misstänkt för brott för vilket inte föreskrivs strängare straff än fängelse i ett år och har brottet begåtts innan vården påbörjades eller under vårdtiden och hör det under allmänt åtal, skall åklagaren pröva om åtal lämpligen bör ske. Styrelsen för det hem där den misstänkte vårdas eller, om vården har upphört, socialnämnden skall därvid höras om det inte är obehövt.

Övriga bestämmelser

47 § Med socialnämnden avses i denna lag socialnämnden i den kommun som enligt 3 § socialtjänstlagen (1980:620) har ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som han behöver. Att överflyttning av ärenden till en annan socialnämnd kan ske i vissa fall framgår av 72 § socialtjänstlagen.

Med länsstyrelsen avses i denna lag länsstyrelsen i det län inom vilket den ansvariga kommunen är belägen.

Beslut om vård enligt 5 § och i anledning av omhändertagande enligt 13 § fattas av länsrätten i det län som anges i andra stycket. Den länsrätt som meddelade beslutet om vård beslutar också i frågor som avses i 44 § första stycket.

48 § Landstingskommunen eller kommunen får för ett LVM-hem antingen utse en särskild styrelse eller uppdra åt någon annan nämnd att vara styrelse. Två eller flera LVM-hem kan ha en gemensam styrelse.

I fråga om särskild styrelse tillämpas 3 kapitlet 2–12 §§ kommunallagen (1977:179) på motsvarande sätt. Landstinget eller kommunfullmäktige får besluta att även annan än ledamot eller suppleant i styrelsen får närvara vid styrelsens sammanträden och delta i överläggningarna men ej i besluten samt få sin mening antecknad i protokollet.

1. Denna lag (nya lagen) träder i kraft den 1 januari 1989, då lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (gamla lagen) upphör att gälla. Bestämmelserna i den gamla lagen skall dock fortfarande gälla när ansökan om vård med stöd av den gamla lagen har kommit in till länsrätten före den 1 januari 1989.

2. Är någon vid utgången av år 1988 omedelbart omhändertagen enligt den gamla lagen och har ansökan om vård inte kommit in till länsrätten före den 1 januari 1989, skall därefter tillämpas bestämmelserna beträffande den som är omedelbart omhändertagen enligt den nya lagen.

Härigenom föreskrivs att 11, 47 och 49 §§ socialtjänstlagen (1980:620) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

11 §

Socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Insatser för barn och ungdom bör därvid ägnas särskild uppmärksamhet.

Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. *Nämnden skall även stödja den enskilde missbrukaren och se till att han får den hjälp eller vård som behövs för att komma ifrån missbruket.*

Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns.

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera de stöd- och hjälpinsatser som behövs och noga följa den planlagda vården.

47 §

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får inte avse vad som ankommer på nämnden enligt 2, 5, 6 och 8 a §§, 11 § första och andra styckena, 17 § tredje stycket samt 18 § lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får inte avse vad som ankommer på nämnden enligt 2, 5, 6 och 8 a §§, 11 § första och andra styckena, 17 § tredje stycket och 18 § lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt 13 § lagen (1988:000) om vård av missbrukare i vissa fall.

I de kommuner där sociala distriktsnämnder inte har inrättats får dock beslutanderätten i frågor som avses i första stycket uppdras åt särskild avdelning som består av ledamöter eller suppleanter i nämnden.

49 §

Om rätt att i vissa fall fatta beslut i socialnämndens ställe finns bestämmelser i 29 § första stycket och i lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Om rätt att i vissa fall fatta beslut i socialnämndens ställe finns bestämmelser i 29 § första stycket, i lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga och i lagen (1988:000) om vård av missbrukare i vissa fall.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1989.

Sammanställning av remissyttranden över socialberedningens betänkande (SOU 1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget

Prop. 1987/88:147

Bilaga 3

Remissinstanserna

Efter remiss har yttranden över betänkandet avgivits av riksåklagaren (RÅ), domstolsverket, rikspolisstyrelsen (RPS), kriminalvårdsstyrelsen, brottsförebyggande rådet (BRÅ), socialstyrelsen, universitets- och högskoleämbetet (UHÄ), arbetsmarknadsstyrelsen (AMS), statskontoret, riksrevisionsverket (RRV), statistiska centralbyrån (SCB), länsstyrelsernas organisationsnämnd (LON), kammarrätterna i Stockholm och Jönköping, länsrätterna i Stockholms, Malmöhus och Jämtlands län, länsstyrelserna i Stockholms, Göteborgs och Bohus samt Kopparbergs län, riksdagens ombudsmän (JO), Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Stockholms, Göteborgs, Malmö, Arvika, Helsingborgs, Luleå, Norrköpings, Solna och Uppsala kommuner, Skaraborgs och Örebro läns landsting. Tjänstemännens Centralorganisation (TCO), Centralorganisationen SACO/SR, Landsorganisationen i Sverige (LO), Föreningen Sveriges socialchefer, Behandlingshemmens riksförbund, Riksförbundet narkotikafritt samhälle (RNS), Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL), Riksförbundet Föräldraföreningen mot narkotika (FMN), Alkoholproblematikers riksförbund (ALRO), Verdandi samt IOGT/NTO.

UHÄ har vad beträffar betänkandets sakbehandling av socialtjänstens arbete samt i de frågor som rör lagstiftningen nöjt sig med att överlämna inkomna yttranden från högskoleenheterna.

Riksförbundet mot alkohol- och narkotikamissbruk (RFMA) har beretts tillfälle men avstått från att avge yttrande.

Dessutom har yttranden kommit in från ett antal organisationer, föreningar och enskilda.

1 Beskrivningen av utvecklingen

Omkring hälften av remissinstanserna har kommenterat socialberedningens redovisning av missbrukarvårdens läge och utveckling samt missbrukets omfattning och de tunga missbrukarnas situation.

Flertalet har inte funnit skäl att ifrågasätta beredningens redovisning. Flera anser att beredningen har gjort en bred och ingående beskrivning och analys. *Svenska kommunförbundet* konstaterar att betänkandet "är en gedigen genomgång av missbrukarvårdens situation i dag. I en mängd beskrivningar, byggda på forskningsrapporter, enkäter, undersökningar och fältstudier redovisas en bild av missbrukarvårdens dagsläge som är långt ifrån bekymmersfri".

Landstingsförbundet framhåller att LVM-betänkandets inledningsavsnitt ger "en grundlig och initierad beskrivning av missbrukarnas situation och missbrukarvårdens läge. Avsnitten utgör en god bakgrund till beredningens överväganden och förslag och de kan även i övrigt tjäna som en viktig allmän kunskapskälla".

Länsrätten i Stockholms län

Länsrätten kan utifrån sina erfarenheter från befattning med sociala mål i allt väsentligt instämma i socialberedningens redovisning under avsnittet missbrukets utbredning.

I bl. a. körkortsmålen har länsrätten iakttagit att missbruket bland yngre personer är mycket vanligare än man i allmänhet inser. Antalet socialt utslagna missbrukare som är bostadslösa har ökat. Inslaget av yngre personer bland de tunga missbrukarna har blivit större. Narkotikamissbrukare som bereds vård med stöd av LVM tillhör vanligtvis åldersgruppen 25–30 år och är så gott som alltid mycket nedgångna. Även i LVU-mål har framskymtat att thinnermissbruk förekommer också bland vuxna missbrukare.

Antalet fall där länsstyrelsen har ansett sig nödsakad att yrka omedelbart omhändertagande har ökat. Yrkandet görs antingen samtidigt med ansökningen om vård eller strax efter att denna kommit in. Tämigen ofta initieras ett ingripande genom att en anhörig eller annan (granne) gör anmälan till socialnämnden, polisen eller direkt till länsstyrelsen. Hur akut och allvarlig situationen kan vara illustreras av det förhållandet att en missbrukare i ett antal fall om året avlider under LVM-målets handläggning, trots den skyndsamhet med vilken sådana mål behandlas.

Det är inte ovanligt att samma missbrukare bereds vård med stöd av LVM 2–3 gånger under ett år. Det finns ett exempel där länsrätten haft samma missbrukare som part i 17 LVM-mål. Bristerna i planeringen av vården framträder tydligt, ännu tydligare bristerna i eftervården och bristen på kontinuitet.

Den överbetonade serviceideologin skymtar ofta i SoL-målen. I LVU-målen har länsrätten iakttagit att vissa kommuner varit mycket aktiva i fråga om narkotikamissbrukare i LVU-åldern. Mot denna bakgrund kan man fråga sig vad som händer eller inte händer med dem som fyllt 20 år.

Göteborgs kommun

Göteborgs kommunstyrelse menar att den beskrivning av missbrukets utveckling och utbredning som beredningen redovisar i stor utsträckning stämmer med erfarenheterna i Göteborg. Utifrån dessa erfarenheter har också berörda myndigheter och organisationer i Göteborgs kommun under 1980-talet på väsentliga punkter dragit slutsatser av denna utveckling.

Malmö kommun

Betänkandets beskrivning av utvecklingen av alkohol- och narkotikamissbruket överensstämmer med socialnämndens bedömning. Särskilt allvarligt är den radikalt försämrade situationen för de tunga missbrukarna i socialt och medicinskt avseende. Socialtjänstens arbete med rehabilitering av missbrukare är förenade med stora svårigheter. Utformningen av LVM har inte gett möjlighet att i tid ingripa. Därför menar socialnämnden att socialberedningens lagförslag i huvudsak är välavvägt och ändamålsenligt. Nämnden menar emellertid att det i några avseenden finns anledning att förorda ändringar.

Socialförvaltningen känner i stort sett igen betänkandets bakgrundsbeskrivning. Det är dock tveksamt om man kan använda "historieskrivningen" för att bedöma LVM-vårdens eventuella framgångar eller misslyckanden.

Luleå kommun påpekar att även om situationen och förhållandena i kommunen inte i alla avseenden överensstämmer med storstadsförhållanden i mellersta och södra Sverige, är missbrukets allmänna utveckling allvarligt oroande.

Uppsala kommun "anser att beredningens överväganden och förslag är väl underbyggda och ställer sig i huvudsak positiv till betänkandets innehåll och andemening".

Örebro läns landsting

Enligt förvaltningsutskottets uppfattning bedöms beredningens betänkande vara en seriös och väl genomförd analys av de faktorer som påverkar missbruksvården för närvarande och sedan tiden från den nya sociallagstiftningens genomförande.

Betänkandet förmedlar en stark och positiv känsla för missbrukarna, samtidigt som det är nyanserat och sakligt.

Särskilt tydligt är att beredningen medvetet valt att utarbeta ett förslag till tvångslag i perspektiv till andra faktorer som påverkar missbrukets utveckling och vårdens möjligheter och begränsningar.

Mot bakgrund av en väl genomarbetad genomgång av missbrukets utbredning, missbrukarnas levnadsvillkor, vårdens tillämpning, resurser inom vården m m förefaller förslaget till lika delar ställa krav på såväl den enskilde som på kommuner, huvudmän för vårdresurser och på staten.

Behandlingshemmens riksförbund

BRF anser, att socialberedningens beskrivning av missbrukets utbredning och hur vården av alkohol- och narkotikamissbrukare fungerar under den nuvarande LVM-lagstiftningen stämmer med verkligheten. Bl. a. påtalas bristen på samordning av resurser och bristande uppföljning efter institutionsvistelsen. Socialtjänstens insatser framstår oftast som dåligt planerade.

RNS

RNS vill slå fast att socialberedningens betänkande på ett förtjänstfullt sätt präglas av realism i synen på missbruksproblemen. Betänkandet innehåller en imponerande dokumentation liksom redovisning av fakta.

Några är mer eller mindre kritiska.

UHÄ konstaterar att flera högskoleenheter påpekar behovet av ytterligare forskning inom området. Enligt bl. a. universitetet i Lund är problem-bilden i betänkandet i stor utsträckning ett resultat av forskningsanvändning, medan de centrala åtgärdsförslagen, utvidgningen av tvångslagstiftningen, inte på samma sätt är förankrade i forskningen.

Betänkandet med förslag om förändring av lagen om vård av missbrukare (LVM) har enligt socialnämndens bedömning sina förtjänster främst i den hårdhänta om än delvis missvisande beskrivningen av missbrukets utbredning, utveckling och verkningar. Utredningen visar på brister och svåra problem som måste tas på allvar.

Till de positiva inslagen hör även exemplifieringen av möjligheterna att utveckla öppenvården för alkoholmissbrukare.

De av utredningen påtalade bristerna i den uppsökande verksamheten liksom i samordningen mellan öppen och institutionell vård och mellan socialtjänst och sjukvård är på det hela taget väl grundande. Även om den kritiska situationen i Stockholmsregionen sannolikt lett till alltför svepande och generella omdömen om läget totalt, finns skäl att ta fasta på utredningens kritik i dessa avseenden. En positiv utveckling har emellertid kommit igång på många håll runt om i landet. Som framgår av det följande gäller detta även Norrköping.

Dessvärre förleds utredningen av ofullständigheter i analysen till en defensiv hållning och till förslag som i viktiga avseenden är främmande för socialtjänsten och hör hemma i en förgången tid. Socialnämnden vill i stället förorda en *offensiv strategi* av det slag som skisseras i avsnitt 3 i detta yttrande.

Den grundläggande invändningen är, att utredningen – med hänvisning till avgränsningen av sitt uppdrag – inte anser sig ha "haft anledning eller möjlighet" att gå in på de politiska åtgärder som krävs för att tränga tillbaka missbruket (sidan 193 i betänkandet).

Utredningen bekräftar därmed själv, att den endast gjort en halvhjärtad analys av problemen. När den trots detta framlägger förslag till viktiga förändringar i relationerna frivillighet – tvång och öppenvård – institutionell vård, är det knappast längre en fråga om en praktisk "översyn", vilket var uppdraget. Utredningen har enligt nämndens bedömning gått utöver sitt uppdrag och gjort det på ett bristfälligt underlag.

Socialnämnden skulle finna det anmärkningsvärt, om departementet utan ett mer *samlat grepp* på missbruksproblemen godtar utredningens förslag. Förslaget har drag som påminner om 30-talets lagstiftning och "alkoholistvård" – förvaring och särbehandling av resurssvaga grupper.

SACO/SR

SACO/SR vill inledningsvis uttrycka sin uppskattning över att betänkandet inte enbart behandlar frågan om tvångslagstiftningens utformning utan att också frågor om missbrukets omfattning och karaktär och den frivilliga vårdens möjligheter och begränsningar tagits upp. Detta tydliggör de stora svårigheter socialtjänstens arbete i dag präglas av i arbetet med de tunga missbrukarna.

Samtidigt efterlyser SACO/SR ett mer konkretiserat och tidsbestämt vårdutvecklingsprogram. Större vikt borde också ha lagts vid att utveckla och utvärdera effekterna av tvångsvård. Vidare borde etiska och integritetsaspekter på tvångsvård ha behandlats utförligare i betänkandet.

Föreningen Sveriges socialchefer

Beredningen fäster, med rätta, stor vikt vid den mycket höga dödligheten bland tunga missbrukare. Föreningen vill dock, utan att för den skull förringa svårigheterna i dagens situation, ifrågasätta om den bild av en starkt ökad dödlighet som tecknas i betänkandet är tillfredsställande un-

derbyggd. Man jämför (t ex sid 110) undersökningar som inte är direkt jämförbara, på grund av en skiftande sammansättning av undersökningsgrupperna bl. a. i fråga om social situation. Problemet om dödlighetsutvecklingen behöver enligt föreningens uppfattning bli föremål för en betydligt mer kvalificerad analys, innan mer vittgående slutsatser kan dras.

Det tycks dock, enligt föreningens uppfattning, vara tydligt att överdödlighet och skador är betydligt mer omfattande bland missbrukare med en socialt utsatt situation, t ex bostadslösa och missbrukare som är utslagna från arbetsmarknaden. Denna problembild har, som nämnts, förstärkts under 1980-talet. Slutsatsen av de oroande uppgifter om överdödligheten bland vissa missbrukare som beredningen anför, borde därför vara att verksamma insatser för att förbättra de mest utsatta missbrukarnas levnadsförhållanden måste ges prioritet. Om inte de mest utsatta grupperna ges möjlighet att leva under drägliga förhållanden, kan vård- och behandlingsinsatser för dessa grupper knappast leda till några resultat.

Sedan socialtjänstreformen 1982 och huvudmannaskapsreformen 1983 har betydande ansträngningar gjorts för att utveckla missbruksvården. Ändå finns, som framhålls i betänkandet, stora brister inom dagens missbruksvård. Föreningen anser det angeläget att bristerna inom missbruksvården lyfts fram och analyseras, men anser att det är viktigt att situationen ses utifrån ett bredare perspektiv än i betänkandet. I annat fall riskerar man att hamna i vårdpessimism och välja felaktiga strategier, som t. ex. ökad tvångsvård.

RFHL anser att socialberedningen tecknar en anmärkningsvärd mörk bild av missbruksläget.

Vi vill nog anlägga en mer försiktig tolkning av olika utvecklingslinjer inom det här området. Under efterkrigstiden har alkoholkonsumtionen stigit för att nå en topp år 1976. Därefter har konsumtionen minskat med ca 20 procent. Inom alkoholforskningen råder bred uppslutning kring uppfattningen att det föreligger vissa samband mellan den totala konsumtionsnivån i ett samhälle å ena sidan och missbrukets och skadeverkningarnas omfattning å den andra. När den förra stiger ökar också den senare och tvärtom; kan den förra bringas ned minskar också missbruk och skadeverkningar. Det skulle betyda, med reservation för oklarheter kring konsumtion av illegalt tillverkad alkohol, att läget beträffande alkoholmissbruk snarare skulle ha förbättrats. En sådan hypotes får både stöd och motsägs av förändringar beträffande alkoholrelaterade skadeindikatorer och alkoholrelaterade dödsorsaker. Bilden är på intet vis entydig.

När det gäller dödsfall beroende på levercirrhos pekar kurvan brant nedåt från år 1980. Beträffande indikatorerna alkoholism, alkoholpsykos och alkoholförgiftning finns en starkare och mer obruten ökning, även om vissa förbättringar under 1980-talet kan utläsas. Socialberedningen menar att det främst är de tunga alkoholmissbrukarna som får dessa diagnoser och ser det som ett tecken på att dessa grupper inte påverkats av nedgången i totalkonsumtionen. En sådan tolkning verkar rimlig. Men samtidigt bör noteras att siffrorna knappast är så starka och entydiga att de kan läggas till grund för kategoriska påståenden om en obruten kraftig ökning av det tunga alkoholmissbruket.

Socialberedningen tycks anse att den kraftiga ökningen av det tunga missbruket omfattar både alkohol och narkotika. På narkotikaområdet finns dock en rad tecken som talar för en förbättring under senare år. Väger man samman data från lokala undersökningar som i stora drag

kopierar UNO-skattningen 1978/79, rättsdata och uppgifter från fältet får man fram följande:

- heroinets utbredning har kunnat begränsas.
- trots en skärpning av den straffrättsliga kontrollen är det allt färre 15–20 åringar som lagförs för narkotikabrott.
- nyrekryteringen till injektionsmissbruk tycks vara liten.

– – –
På orsaksnivån relaterar beredningen sina dystra slutsatser om missbruksläget till brister i aktuell sociallagstiftning (SoL och LVM) samt socialtjänstens praktiska utövning. Möjligheter att ingripa i tid saknas och teori och praktik som baseras på helhetssynen har fört med sig att just de tunga missbrukarna kommit i skymundan och lämnats åt sitt öde.

Här haltar det betänkligt i socialberedningens framställning.

Individen och missbruket ges absolut tolkningsföreträde i relation till samhälleliga förändringar och sociala försämringar som drabbat stora grupper. Den ideologi som präglar detta val av ensidig förklaringsmodell lyser även igenom i den kritik som anförs mot olika förhållanden inom socialtjänsten; det är en kritik som har sina rötter i nykterhetsvårdslagens och nykterhetsvårdsnämndernas version av socialt arbete.

ALRO

Trots att betänkandet är på mer än 400 sidor är innehållet mycket "tunt". Förslaget visar sig vara en ren skrivbordsprodukt utan substansiell verklighetsförankring och beredningen visar en okunnighet och aningslöshet som i dessa sammanhang är skrämmande.

– – –
Beredningens redovisning av bakgrundsfakta är knapphändig och ej kopplad till de förslag som lämnas. Vidare har klientorganisationernas helt negativa erfarenheter av tvångsvård inte alls redovisats trots att deras kunskap har varit en av de viktigaste kunskapskällorna för utvecklingen inom vårdområdet de senaste decennierna.

– – –
Enligt vår uppfattning målar socialberedningen upp en skräckbild av den rådande missbrukssituationen i akt och mening att genomföra sitt förslag.

Med hjälp av gammal statistik försöker man bevisa att överdödligheten bland alkoholmissbrukare har ökat för att använda detta som argument och hörnpelare i förslaget. Detta är emellertid en chimär utan relevans och bevisar endast bevisen "att allting kan bevisas med statistik om utgångsmålet är givet"!

Tvärtom kan det bevisas att alkoholkonsumtionen sedan mitten av 70-talet sjunkit och därmed också överdödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar sedan slutet av 70-talet.

Verdandi

Som utgångspunkt för sitt förslag till ny tvångslagstiftning lämnar socialberedningen en beskrivning av missbrukets omfattning och karaktär, frivilligvårdens möjligheter och begränsningar, samt bristerna i nuvarande missbruksvård och socialtjänstens sätt att fungera.

Man pekar bl a på att de tunga alkoholmissbrukarna i stigande utsträckning slås ut från arbetsmarknaden. Boendesituationen har kraftigt försämrats. Socialtjänstens arbete med de tunga missbrukarna har betydande brister och svårigheter.

– – –
Utifrån denna verklighetsbeskrivning, som vi helt och fullt instämmer

med, drar beredningen den förvånande och mycket ologiska slutsatsen att man ska öka tvångsvården för den enskilde. Den enskilde skall i verkligheten enligt beredningen "straffas-interneras-sorteras undan" därför att samhället inte fungerar tillfredsställande! Den naturliga slutsatsen borde istället vara att rikta mycket starka krav mot samhället och mot utformningen av missbruksvården.

Socialberedningen visar stora svagheter i analysen när man argumenterar för en ökning av tvångsvården. Många ifrågasätter med rätta den redovisning man lämnar när det gäller ökningen av missbrukets omfattning, alkoholkonsumtionens utveckling etc. Exempelvis har alkoholkonsumtionen sjunkit sedan mitten av 70-talet. Några exempel på framgångsrik tvångsvård finns heller inte redovisade.

2 Åtgärder för att förstärka den frivilliga missbrukar vården

2.1 Socialnämndens ansvar förtydligas

Förslaget att det i 11 § socialtjänstlagen görs ett förtydligande tillägg som betonar socialnämndens ansvar för att missbrukare får erforderlig vård tillstyrks av följande remissinstanser: *RÅ, RPS, kriminalvårdsstyrelsen, statskontoret, RRV, länsrätterna i Stockholms, Malmöhus och Jämtlands län, länsstyrelserna i Stockholms, Göteborgs och Bohus samt Kopparbergs län, JO, Landstingsförbundet, Stockholms, Göteborgs, Malmö, Helsingborgs, Luleå och Uppsala kommuner, Skaraborgs och Örebro läns landsting, TCO, SACO/SR, LO, Behandlingshemmens riksförbund, RNS, RFHL och FMN.*

Endast en remissinstans, *Arvika kommun*, avstyrker förslaget med motiveringen att socialnämndens ansvar i dessa frågor redan finns inskrivna i socialtjänstlagen.

Följande remissinstanser tar inte ställning till förslaget: *domstolsverket, BRÅ, socialstyrelsen, UHÄ, AMS, SCB, LON, kammarrätterna i Stockholm och Jönköping, Svenska kommunförbundet, Norrköpings kommun, Solna kommun, Föreningen Sveriges socialchefer, ALRO, Verdandi och IOGT/NTO.*

Länsstyrelsen i Stockholms län

Länsstyrelsen anser liksom beredningen att frivilliginsatserna inom den primärkommunala socialtjänsten måste förstärkas. Det är viktigt att insatser sker vid rätt tidpunkt och på bred basis. Socialtjänsten har under 80-talet på många håll nödgats ersätta insatser för vuxenmissbrukare. En långtgående integrering av det sociala arbetet har i allmänhet inneburit att barn- och ungdomsären den samt akuta socialbidragsären den getts högre prioritet än kraftfulla insatser mot ett ökat alkohol- och narkotikamissbruk. En bidragande orsak till att så skett är framför allt den ökning av komplicerade biståndsärenden som noterats under 80-talet, vilket tillsammans med en på många håll besvärande resursknapphet på personalsidan gjort att offensiva öppenvårdsinsatser inom missbrukarområdet delvis utblivit. Länsstyrelsen finner detta beklagligt. Det är därför bra att utredningen nu föreslår att socialnämndernas ansvar för att söka upp och

kontinuerligt följa en missbrukare med stöd- och behandlingsinsatser slås fast genom ett förtydligande av 11 paragrafen i socialtjänstlagen.

Länsstyrelsen betonar också behovet av kontinuitet och långsiktighet inom missbrukarvården.

Beträffande socialtjänstens insatser före och efter en institutionsvistelse vill länsstyrelsen framhålla följande. Kontakten med en missbrukare bör präglas av personkontinuitet, vilket är en förutsättning för att missbrukaren skall känna förtroende för socialtjänsten och dess företrädare. Det är också av stor vikt att olika personer i det sociala nätverk som omger missbrukaren vet vem som inom socialtjänsten har huvudansvaret för de vård- och behandlingsinsatser som behöver sättas in. Det krävs, som också beredningen påpekat, en inriktning av det sociala arbetet som gör det möjligt att se den kontinuerliga och långsiktiga relationen som ett viktigt arbetsinstrument. Länsstyrelsen kan tyvärr konstatera, att många missbrukare efter en kortare eller längre institutionsvistelse kommer hem till en i stort sett oförändrad yttre situation, vilket är djupt otillfredsställande. Viktiga inslag i ett effektivt rehabiliteringsarbete är bostad och arbete. Att som socialarbetare bistå missbrukaren i dennes strävan att ändra sin livsföring och försöka skaffa sig en ny identitet är alltid en långvarig och svår process. Tidsfaktorn och omgivningens ovilja till att aktivt medverka till att försöka skapa en plattform som ger missbrukaren möjligheter att börja om är svåra hinder i rehabiliteringsarbetet. Tillräckligt utrymme måste finnas för att ansvariga socialarbetare skall kunna utveckla ett meningsfullt samarbete med andra myndigheter som missbrukaren kan ha kontakt med. Detta ser länsstyrelsen som en förutsättning för att arbetet skall kunna bedrivas i positiv anda och ge utrymme åt innovationer av skilda slag.

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län

Det förtydligande av socialtjänstens ansvar som föreslås i socialtjänstlagens 11 § är befogat. Det kan inte anses strida mot de grundläggande värderingarna om frivillighet och självbestämmande att socialtjänsten aktivt söker upp en missbrukare och på olika sätt försöker hjälpa honom att se sina problem och ta ansvar för sin situation. Det är också bra att man i lagen betonar kraven på planering och uppföljning av socialtjänstens insatser. Länsstyrelsen har i samband med utredningar enligt LVM ofta kunnat konstatera brister på detta område. Det är dock olyckligt om socialtjänstens möjligheter och skyldigheter att initiera tvångsvård ökar, då detta kan befaras försvåra möjligheterna att bygga upp en förtroendefull kontakt med den enskilde.

Länsstyrelsen anser det vara viktigt att man genom olika åtgärder försöker förstärka frivilligvården. Socialberedningen har också en del konkreta förslag på sådana åtgärder. Ytterst handlar det dock om hur kommunerna tilldelar och använder sina resurser för missbrukarvården. Som beredningen påpekar kan det finnas skäl att genom ett förändrat statsbidragssystem försöka trygga att de sämst ställda missbrukarnas vårdbehov blir tillgodosedda.

Länsstyrelsen vill i detta sammanhang understryka vikten av att samhället genom förebyggande åtgärder försöker att på sikt komma tillrätta med missbruksproblemen.

Länsstyrelsen i Kopparbergs län

Länsstyrelsen anser att det är bra att socialnämndens ansvar för missbrukare förtydligas i 11 § SoL. I bestämmelsen klargörs att vården måste

planeras och att socialnämnden har en skyldighet att följa den planerade vården. Länsstyrelsens erfarenhet är att missbrukarvården i dag är ett eftersatt område. För att socialnämnderna aktivt skall kunna bedriva missbrukarvård och i ett tidigt skede erbjuda adekvata insatser krävs anpassad organisation, tillräckliga personalresurser, metodutveckling samt kontinuerlig utbildning och handledning av de anställda. Detta anser länsstyrelsen skulle möjliggöra ett förebyggande arbete, en aktiv uppsökande verksamhet samt planerade individuella vårdinsatser. Eftervården av missbrukare är också den eftersatt och måste uppmärksammas i framtiden. Hjälp med bostad, arbete och socialt skyddsnät är nödvändig för en positiv rehabilitering, liksom aktivt och kontinuerligt stöd från socialnämnden. Som utredningen själv konstaterar medför förslaget ökade kostnader för LVM-vården. Enligt länsstyrelsen krävs motsvarande satsning även på den förebyggande och frivilliga vården.

JO

Genom det tillägg till 11 § SoL, som beredningen nu föreslår, förtydligas det ansvar som nämnden har att aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och den vård han behöver.

Samtidigt är det emellertid nödvändigt att socialnämnden så snart som möjligt får kännedom om de missbrukare som kan behöva sådan hjälp och vård. Visserligen kan nämnden i den uppsökande verksamhet som bedrivs i kommunen och i de samrådsorgan som växer fram få kunskap om missbrukssituationen i kommunen. Men detta är inte tillräckligt. Det bör därjämte finnas en skyldighet för de olika myndigheter, som kommer i kontakt med missbrukare, att underrätta socialnämnden om den som till följd av sitt missbruk kan behöva hjälp och vård av nämnden. Med en sådan anmälan följer en skyldighet för nämnden att göra den utredning som behövs för att hjälpbehovet skall kunna bedömas. På så vis ges nämnden förutsättningar att gripa in i ett skede då missbruket inte har nått så långt att vård enligt LVM kan ifrågasättas. En anmälningsplikt med det innehåll som har föreslagits nu står i god överensstämmelse med den i socialtjänstlagen uttalade målsättningen att nämnden genom tidigt insatta åtgärder skall motverka uppkomsten av ett missbruk.

Jag anser därför att det bör åligga de myndigheter som anges i 6 § första stycket i beredningens förslag att göra anmälan till socialnämnden så snart de får vetskap om att någon på grund av missbruk kan behöva hjälp och vård inom socialtjänsten.

JO anser att även läkare bör ha en anmälningsplikt till socialnämnden om de i sin verksamhet får kontakt med en missbrukare som kan behöva vård eller annan hjälp inom socialtjänsten.

För den anmälningsplikten bör gälla samma begränsningar som nu anges i LVM. Det innebär att anmälningsplikt inte skall föreligga om den vårdbehövande kan beredas tillfredsställande vård och behandling genom läkares försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

En anmälningsplikt som anges nu skall gälla jämväl för läkare på det sjukhus där patienten vårdas om läkaren finner anledning anta att patienten på grund av sitt missbruk efter sjukhusvistelsen kan behöva fortsatt vård och behandling genom socialtjänstens försorg.

missbrukarvården är bra. Samarbetet mellan de insatser och myndigheter som på olika sätt kommer i kontakt med missbrukarna behöver förstärkas och vidareutvecklas. Det är angeläget att så långt det går försöka komma fram till ett gemensamt vårdideologiskt synsätt och att uforma och samordna resurserna så att den enskilde missbrukaren i varje skede erhåller stöd och behandling anpassad efter dennes aktuella behov.

2.2 Behovet av specialiserade insatser

Socialberedningen betonar att det är nödvändigt att bibehålla och förstärka olika former av specialresurser inom den öppna socialtjänsten för arbetet med de tunga missbrukarna. Denna bedömning delas eller lämnas utan erinran av remissinstanserna. Några kommenterar beredningens ställningstagande mer utförligt.

Statskontoret

Arbetet med missbrukarna är en av de tyngsta och svåraste arbetsuppgifter socialtjänsten har. Statskontoret anser att god utbildning och hög kompetens i kombination med ett starkt personligt engagemang, entusiasm och inlevelseförmåga är avgörande för möjligheten att nå framgång i behandlingsarbetet.

Den integrering inom socialtjänsten som innebär att socialarbetarna förväntas kunna handlägga alla förekommande ärenden inom individ- och familjeomsorgen skapar orimliga krav och bidrar sannolikt till den ofta oplanerade, kortsiktiga och kontinuitetslösa vård som socialberedningen kritiserar i betänkandet.

Det är statskontorets bestämda uppfattning, i likhet med beredningens, att det är nödvändigt att utveckla, bibehålla och förstärka olika typer av specialresurser. En specialisering av resurserna för missbrukarvård medför, enligt statskontorets uppfattning, att resurserna används på ett mer rationellt sätt, vilket inte bara innebär besparingar utan också är till gagn för klienterna. Dessutom behöver individualiserade insatser utvecklas för den enskilde missbrukaren.

Statskontoret framhåller vidare.

Kompetensuppbyggnad bland de politiskt förtroendevalda kan enligt statskontorets mening på intet sätt kompensera brister i den kommunala organisationen eller i tjänstemännens kompetens till följd av långtgående decentralisering och/eller integrering inom socialtjänsten. De förtroendevalda i socialnämnderna skall i första hand företräda allmänintresset och tillföra medborgerligt omdöme vid beredning och beslut i socialtjänstärenden.

Länsstyrelsen i Stockholms län

Att försöka motivera en missbrukare till att upphöra med sitt missbruk är ett mycket krävande och tålamodsprövande arbete. Det är därför enligt länsstyrelsens uppfattning särskilt viktigt, att tillräckliga resurser avsätts för detta ändamål, att huvudmännen noga beaktar behovet av utbildnings- och informationsinsatser hos alla berörda personalgrupper samt att de socialarbetare som arbetar med missbrukare inte behöver splittra sig på andra uppgifter inom socialtjänstområdet utan helt kan koncentrera sig på motivations-, vård- och behandlingsinsatser för olika missbrukargrupper.

Betänkandet betonar att det är nödvändigt att bibehålla och förstärka olika typer av specialresurser inom den öppna socialtjänsten. Socialförvaltningen delar delvis denna uppfattning. Enligt socialförvaltningen behövs det specialkompetens i vissa sektorer av missbruksarbetet. En viktigare faktor är dock enligt socialförvaltningen att de arbetsgrupper som jobbar med missbruksarbete känner ett stöd i de svåra prioriteringsdiskussioner som kan uppstå mellan exempelvis barn/ungdomsarbete och missbruksarbete.

Luleå kommun

Det som utmärker det specialiserade missbruksarbetet är framför allt det aktiva förhållningssätt som lagen förespråkar. I förvaltningarnas interna utvecklingsarbete måste medvetenhet finnas om betydelsen av olika personalutvecklande insatser för att behålla och utveckla kompetensen bland de anställda. Med en bra personalpolitik, ekonomiska resurser för utvecklingsarbetet och initiativrika förtroendevalda, kommer missbruksarbetet lokalt att kunna utvecklas i takt med de växande anspråken inom vårdområdet.

Samordningen mellan behandlingshemmen och öppenvården förutsätter en metodmässig utveckling och erforderliga personella och ekonomiska resurser inom socialtjänsten för att behandlingsarbetet skall ge avsedda resultat.

Norrköpings kommun

Socialnämnden delar utredningens uppfattning om behovet av förstärkt specialistkompetens, fördjupade kunskaper och olika former av handledning m m inom vården av olika grupper missbrukare. Nämnden vill emellertid understryka att behoven – särskilt i större städer – av specialiserade arbetslag i öppenvården kan hanteras genom en kombination av brett arbetande lokala nämnder och integrerade enheter å ena sidan och en facknämnd med specialiserade resurser och kompetenser å andra sidan.

Specialisering är onekligen i viss utsträckning nödvändig för att erhålla den kompetens som krävs för att klara svåra problem men bör ej drivas för långt för att inte i onödan försvåra kontinuiteten och den normalisering som t. ex. ligger i möjligheten att arbeta med hemtjänsten som en av flera viktiga resurser.

Socialnämnderna bör i socialtjänstlagen åläggas att i samverkan med sjukvård och andra intressenter planera, genomföra och utvärdera treåriga *handlingsprogram* med tyngdpunkt i öppenvård och med utgångspunkt i den människo- och samhällssyn socialtjänsten står för. Vunna erfarenheter och planering av kommande insatser borde redovisas en gång per mandatperiod för fullmäktige. Handlingsprogrammet bör ses som en fördjupning och konkretisering på kommunal nivå av den resursplanering som enligt socialtjänstlagen sker på regional nivå.

Föreningen Sveriges socialchefer

De största bristerna inom missbruksvården finns otvivelaktigt inom den öppna vården. Det beror bl. a. på att statsbidragssystemet länge styrde resurserna till institutionell vård. Skälet till att det sedan bidragssystemet ändrats ändå varit svårt att bygga ut den öppna vården är lätt att se. Socialbidragens kraftiga expansion har krävt ekonomiska resurser och personalresurser i sådan omfattning att missbruksvården fått stå tillbaka.

Disproportionen mellan institutionsvård och öppen vård är kanske mest framträdande inom narkomanvården. Inom denna sektor har resurserna koncentrerats framför allt till långvariga institutionsplaceringar. Vidare har man drivit en specialiseringsprincip som inneburit svårigheter att få till stånd öppen vård i andra kommuner än de största och som i de stora kommunerna isolerat narkomanvården från distriktsorganisationens grundläggande resurser och ansvar.

Enligt föreningens uppfattning är de svårigheter inom missbruksvården som beskrivs i betänkandet och som man vill möta med ökade möjligheter till tvång, framför allt ett resultat av att den öppna vårdens utbyggnad brister. Svårigheterna att motivera vårdbehövande missbrukare löses bäst genom att man skapar resurser för att hålla en kontinuerlig och tillräckligt tät kontakt med tunga missbrukare. Finns en sådan kontakt kan man som regel motivera missbrukaren för behandling när det behövs.

Staten möter därför problemen bäst genom att försöka stimulera utvecklingen av den öppna missbruksvården, genom information, metodutveckling och ekonomisk stimulans. De begränsande ansträngningar från statligt håll som förekommit är positiva, men klart otillräckliga.

RFHL

RFHL instämmer i beredningens uppfattning om behovet av specialkompetens inom socialtjänsten när det gäller arbetet med tunga missbrukare. Vi vill betona vikten av särskilda öppenvårdsenheter för narkotikamissbrukare – narkomanvårdsbaser – både som en förutsättning för framgångsrikt arbete i öppna former och som en nödvändig samverkanspart för den institutionsbaserade narkomanvården. Sådana narkomanvårdsbaser är dessutom utmärkta "centra" för samverkan mellan socialtjänst och frivilliga organisationer inom narkotikaområdet. Som bekant är det dock inte erfarenheterna från missbruksarbete som avgör valet av organisations- och styrsystem inom socialtjänsten. RFHL vill markera den oro vi har för missbruksarbetet på de orter där man nu är i färd med långtgående decentralisering i form av distriktdelsnämnder eller kommun-/stadsdelsnämnder. Behovet av specialisering tangerar en annan viktig fråga, som beredningen i stort går förbi. Det gäller ansvällningen av ekonomiska biståndsärenden som tagit och tar alltför mycket tid i anspråk. På många håll har man i långa stycken specialiserat denna funktion inom ramen för byråernas mer administrativa enheter. Vi måste komma ihåg att socialtjänsten som modell innefattade en SOFT-reform som skulle frigöra socialsekreterarna för aktivt arbete med sina klienter. Den tanken står sig fortfarande och RFHL menar, att ska socialtjänsten komma framåt, förutsätter det SOFT-reformens införande. Vi känner till de ekonomiskt grundade invändningarna. Men vi ber att få hänvisa till det faktum att alla stora socialpolitiska reformer under modern tid inledningsvis har mött och behövt nedkampen den typen av protester.

2.3 Vården av psykiskt svårt störda missbrukare

Socialberedningens förslag att socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utarbeta en plan för hur vården av psykiskt svårt störda missbrukare kan förbättras tillstyrks eller lämnas utan erinran av nästan alla remissinstanser.

Statskontoret anser att ett sådant uppdrag bör ges till socialstyrelsen men motsätter sig att uppdraget genomförs i samråd med de båda kom-

munförbunden. Enligt statskontoret kan detta leda till förslag och lösningar av kompromisskaraktär eftersom förbunden är intresseorganisationer. "Huvudmännens synpunkter och bedömningar måste dock inhämtas under socialstyrelsens beredning."

Stockholms kommun tillstyrker förslaget och påpekar bl. a.

att huvudmannaskapsfrågan måste lösas för att dessa missbrukare skall få adekvat vård och omsorg. Det är i dag alltför lätt att enbart se den ena problembilden och skjuta över behandlingsansvaret på en annan huvudman. Det måste finnas behandlingsresurser för denna grupp som gör det möjligt att hantera såväl missbruket som den psykiska problematiken.

RFHL

RFHL tillstyrker förslaget att socialstyrelsen får i uppdrag att i samråd med landstings- och kommunförbunden utarbeta en plan för hur vården av psykiskt störda missbrukare kan förbättras. Vi vill dock kommentera beredningens resonemang på detta område. Man talar om psykiska störningar och behovet av kontinuerliga och långsiktiga behandlingsrelationer. Men vad är det för typ av störning? Vi har inte för avsikt att här ge oss in på omfattande avgränsnings- och definitionsproblem. Men beredningen borde ha ställt sig en fråga. Är de psykiska störningarna primära eller sekundära, dvs. ligger de i tid före och är en del av orsaksbilden till ett senare tungt missbruk eller utvecklas de till följd av ett sådant missbruk. Även denna fråga är naturligtvis sammansatt och i verkligheten torde det många gånger vara svårt att göra skillnad mellan dessa två typer av störningar. Inte desto mindre är frågan av stor betydelse för den typ av behandlingsinsatser som föreslås och i synnerhet frågan om hur tunga missbrukare med s. k. tidiga relationsstörningar reagerar på tvångsvård. RFHL vill i sammanhanget också varna för en alltför långtgående "psykiatrisering" av narkomanvården. Det blir allt vanligare att man talar om behovet av diagnosticering och har en förutfattad mening om missbrukarens psykologiska problembild. Samtidigt vet vi att narkomanvårdarnas utbildnings- och kompetensnivå inom detta fält är låg. Det finns en stor risk för stämplingar, självuppfyllande profetior och en direkt farlig vård och behandling. Vi behöver ökad kompetens och bättre metoder för att arbeta med psykiskt störda missbrukare, men vi måste tillsammans slå tillbaka tendenserna till psykiatrisering baserad på minskat socialt utrymme och missbruk av kategoriseringar, så vi inte på nytt får en psykopatkategori som betraktas som obotlig.

Två remissinstanser är kritiska till förslaget.

Skaraborgs läns landsting anser inte att beredningen belyst problemet tillräckligt och anför bl. a. att psykiatrin är den vårdgren som har den största kompetensen för vård av människor med svåra psykiatriska problem. Vidare framhålls att man inte kan acceptera att missbrukare med svåra psykiatriska problem bereds vård med stöd av LVM med motiveringen att psykiatrin har uttömt sina resurser. *Behandlingshemmens riksförbund* anser att beredningen tar alltför lätt på frågan genom att hänvisa till socialstyrelsen och inte komma med ett eget förslag. Förbundet pekar på de problem som den oklara ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och psykiatri skapar inom tvångsvården. LVM-hemmen har stora svårigheter att klara missbrukare med allvarliga psykiska störningar eftersom hemmen

saknar resurser för behandling av djupgående psykiska problem. Enligt förbundet bör frågan utredas noggrant och ansvarsfördelningen klargöras.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 3

2.4 Missbrukarna och arbetsmarknaden

Socialberedningen föreslår att socialstyrelsen och arbetsmarknadsstyrelsen gemensamt bör ges i uppdrag att dra upp riktlinjer för en försöksverksamhet med en förstärkt samverkan mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten, försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Förslaget tillstyrks eller lämnas utan erinran av i det närmaste samtliga remissinstanser.

Helsingborgs kommun konstaterar att beredningen betonar missbrukarnas dåliga förankring på arbetsmarknaden.

Detta är enligt socialförvaltningen naturligtvis en viktig förklaring till den ökade utslagningen. Samhällsutvecklingen med alltmer "teknifierade" arbetsuppgifter lär dock inte kunna förstärka den här gruppens arbetsutsikter i framtiden. I viss mån kan självfallet effektivare samverkansformer förbättra läget något, lokalt har vi ju också exempel på detta. I första hand måste man dock enligt socialförvaltningen inrikta sig på att hitta mindre avancerade arbetsuppgifter för den här gruppen.

Två av remissinstanserna är kritiska mot förslaget.

RFHL framhåller att det enligt regeringsformen särskilt åligger det allmänna att trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt att verka för social omsorg och trygghet och för en god levnadsmiljö.

Inte sedan 1977 års ledningsgrupp för narkotikafrågor presenterade redovisningen "Åtgärder mot narkotikamissbruk" har utbildnings- och arbetsmarknadsfrågorna på ett framträdande sätt lyfts fram i samband med missbruksfrågor. 1982 års narkotikakommission behandlade dessa sociala rättighetsfrågor på ett något annorlunda sätt, när man föreslog att rättigheterna skulle villkoras och medvetet användas som en form av påtrycknings- och utpressningsinstrument för att tvinga fram en förändring. Att en socialdemokratiskt tillsatt kommission så till den grad våldförde sig på de svagas rättigheter lider vi fortfarande av. Av många uppfattades det som en klarsignal till hårdare tag och myndigheters rätt att ställa krav på långtgående motprestationer. Ska utbildnings- och arbetsmarknadsfrågorna överhuvudtaget komma upp på dagordningen ute i kommunerna krävs en entydig och stark markering om alla människors rätt till social grundtrygghet och denna rätt som ett självklart grundvillkor för en framgångsrik rehabilitering.

Verdandi

Samhället måste i stället ålägga sig en sträng skyldighet att angripa de grundläggande problemen både på individuell och generell nivå. Samhället måste kunna erbjuda den enskilde arbete, bostad, utbildning, gemenskap och en i övrigt rimlig social situation. Det är en mänsklig rättighet. I dessa avseenden riktar socialberedningen inte tillräckligt långtgående krav på kommunerna och på samhället i övrigt.

3 En reviderad tvångsvårdslag för vuxna missbrukare

Prop. 1987/88:147
Bilaga 3

3.1 Sammanfattande allmänt omdöme om författningsförslaget

En majoritet av de remissinstanser som tagit ställning till socialberedningens förslag till förändringar i LVM har inget att erinra mot att förslagen i sina huvuddrag läggs till grund för lagstiftning. Särskilt välkomnas förslaget att vidga förutsättningarna för tvångsvård för att göra det möjligt att ingripa på ett tidigare stadium av missbruket än vad som sker nu och förslaget att förlänga vårdtiderna.

En av de positiva remissinstanserna, *kammarrätten i Stockholm*, kommenterar i ett längre resonemang den kritik som från en del håll i massmedia har riktats mot förslagen i betänkandet och dess förenlighet med regeringsformen (RF), främst då frågan om förlängning av tiden för tvångsvården.

Kammarrätten kan inte finna att de vidgade möjligheterna till tvångsvård går utöver vad som krävs eller att regleringen skulle strida mot RF. Som utvecklas senare i yttrandet anser domstolen i stället nu liksom 1981 att möjligheterna till tvångsvård bör vidgas i visst hänseende. Den omständigheten att ekonomiskt starkare missbrukare kan finna bot utan att underkastas tvång från samhällets sida kan inte rimligen utgöra motiv för att de sämre ställda skall tillåtas gå under utan något ingripande från det allmänna.

Sammantaget i denna del finner kammarrätten att beredningens förslag inte strider vare sig mot RF eller mot andra grundläggande principer om mänskliga fri- och rättigheter. Som redan antytts är förslaget materiellt i sina huvuddrag väl värt att genomföra. En annan sak är att tillämpningen av en reglering som inskränker de grundläggande fri- och rättigheterna alltid måste följas med stor uppmärksamhet. Inriktningen måste vara att att inskränkningen aldrig är mer omfattande än vad som är nödvändigt. Om utvecklingen ger vid handen att tvångsinslaget kan minskas, bör därför lagen utan dröjsmål ändras i enlighet härmed.

Några remissinstanser är mycket kritiska mot förslagen. Dessa är *länsrätten i Malmöhus län*, *Norrköpings kommun*, *SACO/SR*, *Föreningen Sveriges socialchefer*, *RFHL*, *ALRO*, *Verdandi* och *IOGT/NTO*. Flera av dessa betonar att socialberedningens förslag till förändringar i LVM innebär en betydande utvidgning av möjligheterna att tillgripa tvång i socialtjänstens arbete med missbrukare. En sådan förändring anses inte motiverad vare sig med utgångspunkt från missbrukets utveckling eller de problem som finns inom missbrukarvården. Än mindre kan en utvidgning av tvånget motiveras av de resultat som hittills uppnåtts inom LVM-vården eller som uppnåddes tidigare med tvångsvård enligt nykterhetsvårdslagen. Det betonas att en utvidgning av möjligheterna till tvångsvård kommer att starkt försvåra det fortsatta arbetet med att utveckla missbruksvården. *Norrköpings kommun* anser att beredningens betänkande inte bör läggas till grund för något nytt lagförslag. Kommunen hemställer att socialdepartementet låter utföra en mer fullständig analys av missbruksproblemen, där vårdper-

spektivet kompletteras med alkohol-, arbetsmarknads- och bostadspolitiska faktorer.

Prop. 1987/88: 147
Bilaga 3

IOGT/NTO pekar på att det är möjligt att åstadkomma tvångsvård utan lagskärpning och hänvisar till att många missbrukare återfinns på kriminalvårdsanstalterna. Enligt *IOGT/NTO* är det märkligt att dessa missbrukare "endast undantagsvis bereds kvalificerad social och medicinsk vård. Bristen på vård, behandling och konsekvens är emellertid inget uttryck för försumlighet från fängelseledningarnas och kriminalvårdens sida. Sanningen är den att det inte finns vare sig medicinska eller sociala resurser för omfattande vårdprogram gällande alla missbrukare som dömts för brott. Enligt *IOGT/NTO*:s uppfattning bör tillräckliga sociala och medicinska vårdresurser ställas till kriminalvårdens förfogande. Det skulle kunna ge strafftiden ett positivt innehåll".

3.2 Inledande bestämmelser

Flertalet av de remissinstanser som yttrat sig i dessa frågor tillstyrker att lagen kompletteras med inledande bestämmelser som klargör förhållandet mellan socialtjänstlagen och LVM samt anger syftet med vården.

Örebro läns landsting

Det är bra att syftet med tvångsvården uttalas på detta sätt, men beredningen har valt att undvika frågan om att det i vårt samhälle inte bör få vara tillåtet att använda droger eller motsvarande på ett sätt som kan innebära allvarlig skada för den enskilde själv eller någon annan, eller att orsaka fysiskt eller psykiskt lidande eller kostnader för annan enskild eller samhället.

Officiellt är det i texten samhällets omsorg om den enskilda missbrukaren som i vissa fall gör det nödvändigt med en tvångslag.

Det förefaller enligt utskottets mening klokt att också öppet redovisa det legitima samhällsintresse som finns att förhindra missbruk hos enskilda individer. Det vore också en pedagogisk vinst att tydligt uttala detta intresse av att den enskilde i vissa fall bör ha en behandlingsskyldighet, eftersom det ändå är en självklarhet som alla, även missbrukaren, bör förstå, men som man i dag inte uttalar.

Beredningen framhåller dock att det många gånger för de gravaste missbrukarna inte gäller ett val mellan frivillig- eller tvångsvård, utan ett val mellan tvångsvård och ingen vård alls.

FMN tillstyrker i huvudsak beredningens förslag men betonar samtidigt att "om lagens syfte, dvs. att motivera till vård ändå förutsätts ske och lockas fram under en period av tvång bör man inte helt avstå från att ge lagen en något starkare behandlingskaraktär. Detta är inte minst mot bakgrunden av föreslagna ändringar av kriterierna för tvångsvård där socialberedningen vill betona skadeverkningar även av social natur".

Några remissinstanser anser att beredningens förslag i fråga om grunderna för vård och vårdtidens längd förskjuter lagens syfte från avgiftning och motivation till motivation och tvångsbehandling. Till dessa hör bl.a. *RFHL*, *ALRO* och *Verdandi*.

3.3.1 Missbruk av andra beroendeframkallande medel

Flertalet av de remissinstanser som tagit ställning i frågan är positiva till förslaget att lagens tillämpningsområde utvidgas till att omfatta även missbruk av andra beroendeframkallande medel.

Dessa är *RÅ*, *RPS*, *kriminalvårdsstyrelsen*, *BRÅ*, *socialstyrelsen*, *kammarrätterna i Stockholm och Jönköping*, *länsrätterna i Stockholms och Jämtlands län*, *länsstyrelserna i Stockholms och Kopparbergs län*, *Svenska kommunförbundet*, *Malmö*, *Arvika*, *Helsingborgs*, *Luleå*, *Solna* och *Uppsala kommuner*, *Skaraborgs* och *Örebro läns landsting*, *Behandlingshemmens riksförbund*, *RNS* och *FMN*. *Domstolsverket* välkomnar förslaget men ifrågasätter om inte termen "beroendeframkallande medel" för att undvika missförstånd borde ändras till berusningsmedel.

Några remissinstanser förordar en utvidgning som tar sikte på endast flyktiga lösningsmedel. Dessa är *länsrätten i Malmöhus län*, *länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län*, *JO*, *Stockholms och Göteborgs kommuner*, *SACO/SR*, *Föreningen Sveriges socialchefer* och *RFHL*.

Länsrätten i Malmöhus län

Den som är beroende av läkemedel, som inte är narkotika, bör få läkarvård. I det sammanhanget kan socialtjänsten fungera genom att verka för att erforderlig läkarvård kommer till stånd. Länsrätten anser att frågan om läkemedelsmissbruk är en fråga som bör lösas inom sjukvården. Om man önskar att missbruk av lösningsmedel skall omfattas av LVM kan detta uttryckligen anges i lagtexten. Länsrätten anser att detta bör ske.

JO

Erfarenheterna har visat att missbruk av thinner eller annat sådant lösningsmedel på samma sätt som är fallet vid missbruk av alkohol eller narkotika kan leda till allvarliga medicinska och sociala skadeverkningar för missbrukaren. Därför och på de skäl beredningen i övrigt anført bör även sådana lösningsmedel omfattas av lagens bestämmelser.

Beredningen vill under bestämmelsen även föra läkemedel som inte är klassade som narkotika men som i framtiden kan komma att missbrukas på ett sådant sätt att LVM behöver tillämpas. Jag anser inte att det finns skäl för en sådan utvidgning.

Föreningen Sveriges socialchefer instämmer i att det kan vara berättigat att lagen kan användas även i det fåtal fall av missbruk av lösningsmedel som förekommer men anser att begreppet "berusningsmedel" är mera adekvat.

Bl. a. tobak, kaffe och te är beroendeframkallande medel, liksom vissa läkemedel som inte är rusgivande, och det av beredningen föreslagna begreppet kan därför ge anledning till missförstånd.

RFHL

RFHL bifaller förslaget om att LVM även skall omfatta missbruk av

lösningsmedel. Beträffande beredningens oklara förslag om icke-narkotikaklassade läkemedel, hänvisar RFHL till den omfattande och stränga svenska narkotikalagstiftningen i fråga om vad som ska anses vara beroendeframkallande läkemedel.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 3

Fyra remissinstanser, *Norrköpings kommun*, *ALRO*, *Verdandi* och *IOGT/NTO* avstyrker en utvidgning. *Verdandi* motiverar sitt ställningstagande med att förslaget är "ett av alltför många exempel där socialberedningens förslag är luddiga i sina avgränsningar och ger utrymme för rättsövergrepp".

UHÄ, *AMS*, *statskontoret*, *RRV*, *SCB*, *LON*, *Landstingsförbundet*, *TCO* och *LO* tar inte ställning till förslaget i denna del.

3.3.2 Tidigare ingripanden

Beredningen föreslår att tvångsvård skall kunna ges på ett tidigare stadium av missbruket och i mindre akuta skeden än vad som sker nu. För att betona detta skall för sådan vård inte längre krävas att behovet av vård för att komma ifrån missbruket skall vara "trängande". Även allvarliga sociala skadeverkningar av missbruket skall beaktas vid bedömningen av om vård skall beslutas. För att betona detta föreslås att en social indikation införs.

Av de remissinstanser som har behandlat dessa frågor tillstyrker de flesta beredningens förslag. Dessa är *RÅ*, *domstolverket*, *RPS*, *kriminalvårdsstyrelsen*, *socialstyrelsen*, *kammarrätterna i Stockholm* och *Jönköping*, *länsrätterna i Stockholms* och *Jämtlands län*, *länsstyrelserna i Stockholms*, *Göteborgs* och *Bohus* samt *Kopparbergs län*, *JO*, *Svenska kommunförbundet*, *Landstingsförbundet*, *Stockholms*, *Göteborgs*, *Malmö*, *Arvika*, *Helsingborgs*, *Luleå*, *Solna* och *Uppsala kommuner*, *Skarborgs* och *Örebro läns landsting*, *Behandlingshemmens riksförbund*, *RNS* och *FMN*.

Ungefär en tredjedel av dessa remissinstanser anser att den föreslagna sociala indikationen är alltför vag och således rättsosäker och att den därför bör ges en annan formulering. Flera tar enbart ställning i principfrågan och behandlar inte förslaget om att slopa ordet trängande.

Domstolsverket

Utvecklingen har visat att begreppet "trängande" i praktiken givits en alltför snäv innebörd. Endast personer med allvarliga medicinska skador har blivit föremål för LVM-vård. Det är därför tillfredsställande att begreppet utmönstras ur lagstiftningen.

Såsom beredningen anför bör, särskilt när det gäller unga missbrukare, tvångsomhändertagandebestämmelserna innehålla ett rekvisit som syftar till att tvångsomhändertagande skall få ske även när man vid en helhetsbedömning av missbrukarens personliga förhållanden finner att missbruket medför allvarlig fara för missbrukarens sociala situation. Formuleringen "allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt" väcker vissa farhågor för att rekvisitet såsom alltför obestämt kan komma att tolkas som tillämplbart i alltför vid utsträckning. DV anser att rekvisitet bör formuleras

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen anser att beredningen här fört ett riktigt resonemang. De redovisningar som beredningen ger i sin bakgrundsdel om de yngre missbrukarnas snabba och totala utslagning väcker stark oro. Med denna bakgrundsinformation förefaller det rimligt att samhället förmedlar behövliga vård- och behandlingsinsatser – inkluderande tvångsvård – innan medicinska skador av missbruket manifesteras.

Den utvidgning av möjligheterna att meddela tvångsvård som följer av punkt 1 i förslagets 4 § utgör, tillsammans med den ökade vårdtiden, en av de största förändringarna jämfört med nuvarande LVM. Socialstyrelsen kommer därför – om förslaget antas av riksdagen – att med särskilt uppmärksamhet följa tillämpningen av lagen i denna del.

Kammarrätten i Stockholm anser ordet "trängande" bör utmönstras ur lagen.

Därmed vidgas lagens tillämpningsområde så att tvångsvård t.ex. kan beslutas när det är utrett att missbrukaren behöver vård för att bli motiverad att slutgiltigt upphöra med missbruk, även om han inför domstolsförhandlingen har lyckats göra ett uppehåll i sitt missbruk. Kammarrätten finner utvidgningen behövlig och väl förenlig med syftet enligt 3 §.

Vidare anser kammarrätten att tvångsomhändertagandebestämmelserna (4 § 1 p i förslaget) bör innehålla ett rekvisit som syftar till att omhändertagande även skall få ske vid allvarlig fara för påtagliga skadeverkningar av social natur. Termen "allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt" är dock alltför vidsträckt. Kammarrätten föreslår att ett mer jordnära uttryck används, exempelvis "påtagligt riskerar att bli socialt utslagen".

Kammarrätten i Jönköping

I 4 § första stycket 1 utvidgas mycket drastiskt den krets av personer som kan bli föremål för tvångsvård. Kammarrätten finner det i och för sig angeläget att möjligheten till tvångsingripande utsträcks att gälla personer som enligt betänkande (s. 317) avses omfattas av kriteriet. Domstolen anser dock att utformningen av detta nya "sociala" kriterium är alltför vag. Att avgöra när i den sociala utförsbacken man skall övergå från frivilliga stödande åtgärder till tvångsvård är en mycket svår uppgift som kräver stor kännedom om missbrukarens sociala förhållanden och en gedigen erfarenhet hos dem som skall fälla avgörandet. Som rekvisitet nu är utformat är det mycket ténjbart och kan komma att tolkas som tillämbart på en mycket stor del av befolkningen.

Risken för omotiverade omhändertagandebeslut är uppenbar, om förslaget kommer till stånd. Kammarrätten vill därför förorda dels en mera bestämd skrivning i lagtexten, dels utförliga kommentarer i den kommande propositionen. Den allvarligaste kritiken måste riktas mot ordet "försämrar". Det måste klart anges att det skall vara fråga om eti tillstånd då missbrukaren, om missbruket fortsätter, på ett mycket allvarligt sätt äventyrar eller till och med omintetgör sina möjligheter att i framtiden leva ett människovärdigt liv. Detta blir än viktigare om kriteriet, som anges i betänkandet (s. 32, 278), främst är avsett att tillämpas på unga personer. Kammarrätten föreslår i stället att den som till följd av missbruket "allvar-

ligt äventyrar sina möjligheter att ta vård om sig själv” skall beredas tvångsvård. Förutsättningarna för tvångsvård måste vara uppfyllda vid tiden för beslutet om vård utan hänsynstagande till vad som kan inträffa i en mer eller mindre avlägsen framtid. Kammarrätten vill emellertid i sammanhanget framhålla att satsningen på vård för de unga missbrukarna inte får leda till att de äldre glöms bort. Det är samhällets skyldighet att försöka rädda varje människa hur dåliga förutsättningarna till framgång än är.

Vidare föreslår beredningen att ordet ”trängande” i nuvarande lydelse skall tas bort. Åtgärden är angelägen. I förarbetena till den nu gällande 2 § (prop. 1981/82:8 s. 44) sägs: ”Kravet på trängande behov av vård skall alltså inte uppfattas så snävt som vissa remissinstanser har befarat, nämligen att det uttrycker krav på ett akut behov av avgiftning”. Farhågorna har dessvärre besannats. Uttryckssättet har i tillämpningen haft effekten att personer med allvarliga missbruksproblem ibland inte kunnat omhändertas.

Länsrätten i Stockholms län

Länsrätten i Stockholms län tillstyrker att kravet på *trängande* vårdbehov tas bort och att som vårdkriterium tillfogas något som täcker in det som socialberedningen avsett med *allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt*.

Dessa ändringar ansluter till de ursprungliga motiven för vårdgrunderna vid LVM:s tillkomst. Utrymme för tidigare ingripanden mot framför allt unga missbrukare framstår som angeläget likaså möjligheten att beakta missbrukarens helhetssituation.

Länsrätten ansluter sig helt till beskrivningen i betänkandet av de förhållanden som socialberedningen avser att täcka in med formuleringen *allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt* men anser att denna formulering är för vidlyftig/allmänt hållen för det tänkta området. Länsrätten har för sin del ingen bättre formulering att föreslå men skulle gärna se att en sådan kunde hittas under det fortsatta lagstiftningsarbetet.

Länsrätten i Jämtlands län anser att det föreslagna sociala kriteriet kan ”ses som ett förtydligande av vad som från början var avsikten med lagen, dvs. att det skall finnas en möjlighet att ingripa redan innan medicinska skador kunnat konstateras”. Länsrätten är emellertid tveksam till om ordet ”trängande” bör slopas.

Genom att ta bort ordet trängande ur lagtexten finns risk för att man tar bort ett kriterium som avgränsar lagens tillämpning och ger en utvidgning utöver vad som syftats från början. Ordet trängande har möjligen kunnat leda tanken fel och bör eventuellt ersättas med något annat lämpligare uttryck, som klart ger vid handen att det är fråga om en speciell situation.

Länsstyrelsen i Stockholms län bedömer att genom det nuvarande rekvisitet ”trängande behov av vård” kan tvångsinsatser komma i fråga först i ett mycket sent skede, där missbrukaren oftast är svårt nedgången och svårbehandlad.

I de ärenden som aktualiseras i Stockholms län föreligger så gott som genomgående ett akut vårdbehov, där snabba insatser måste till för att rädda liv.

Länsstyrelsen tillstyrker beredningens förslag, som gör det möjligt att gå in med snabba och resoluta ingripanden framför allt mot unga missbrukare för att motverka ett begynnande allvarligt missbruk.

Prop. 1987/88: 147
Bilaga 3

Länsstyrelsen i Göteborg och Bohus län anser att den personkrets som kan bli föremål för tvångsvård vidgas drastiskt genom beredningens förslag.

De grunder beredningen föreslagit är så vagt formulerade att de innebär en rättsosäkerhet för många människor. För att undanröja denna finner länsstyrelsen det angeläget att grunderna för tvångsingripande ges en betydligt klarare utformning.

Länsstyrelsen befarar att vi får tillbaka en utpräglad klasslagstiftning för missbrukare och påpekar att en omfattande utökning av tvånget mot missbrukare kommer att allvarligt hota människors tilltro till socialtjänsten.

Länsstyrelsen anser emellertid att lagen tillämpningsområde bör utvidgas.

Unga missbrukare har i liten utsträckning blivit föremål för vård enligt LVM. Trots de betänkligheter som framförts ovan anser länsstyrelsen att samhället bör ha möjlighet att ingripa mot främst unga missbrukare på ett tidigare stadium än vad nuvarande lag medger.

Länsstyrelsen i Kopparbergs län bedömer det riktigt att ordet "trängande" har tagits bort ur lagtexten.

Nuvarande bestämmelse har i praktiken medfört att ingripanden inte varit möjliga trots att behov av vård förelegat. Ordet "trängande" har fått en medicinsk innebörd vilket tolkats som att missbrukaren skulle ha varit i behov av avgiftning eller sjukhusvård.

Det är länsstyrelsens uppfattning att det tillägg som socialberedningen föreslår i 4 § punkt 1 är nödvändigt. Det ger en möjlighet att ingripa i ett något tidigare skede i en missbrukares liv särskilt med tanke på unga människor. Genom den föreslagna förändringen borde det vara möjligt att bryta ett allvarligt missbruk redan i ett skede då missbruket ej lett till alltför allvarliga medicinska skador utan förutsättningar för en rehabilitering finns kvar. Alltför många ingripanden kommer i dag vid en tidpunkt då det är för sent med vårdinsatser beroende på att missbrukaren fått livshotande skador, som ibland lett till en för tidig död. Länsstyrelsen konstaterar med tillfredsställelse att socialberedningen tillmäter de sociala skadeverkningarna större vikt än tidigare.

JO framhåller att grunderna för vård enligt LVM getts en väsentligt snävare innebörd än vad som förutsågs vid lagens tillkomst.

Förutsättningarna för vård har ofta bestämts med utgångspunkt i missbrukarens hälsotillstånd vid beslutstillfället. Det akuta behovet av medicinsk vård och behandling har ofta kommit att bli avgörande. Stor betydelse har därmed kommit att tilläggas läkarens uttalanden i saken. Läkarintyget har på så vis blivit styrande att om läkaren utifrån sin medicinska bedömning inte funnit att grund för vård förelegat har i många fall länsstyrelsen underlåtit att göra ansökan eller har länsrätten ogillat ansökan (jfr JO 1987–88 s. 156).

LVM har därigenom, i strid med intentionerna vid dessa tillkomst, inte

tillämpats i syfte att bryta missbruket redan i ett skede då de medicinska skadeverkningarna ännu inte uppkommit. Än mindre har de sociala skadeverkningarna av ett fortsatt missbruk kommit att vinna beaktande, oaktat att grunderna för vård såsom de bestämts i LVM förutsatt sådana bedömningar. I det nyss nämnda beslutet framhöll också JO att de iakttagelser som han gjort vid granskningen av ärenden enligt LVM gett honom anledning ifrågasätta en ändring av grunderna för vård enligt LVM. Enligt JO:s mening borde det av lagen klarare framgå att de allvarliga sociala skadeverkningarna för missbrukaren, som ett fortsatt missbruk kan ge, skulle vinna beaktande vid bedömningen av behovet av vård enligt LVM.

JO tillstyrker att ordet "trängande" utgår ur lagtexten samt att lagen ändras så att det klart framgår att även de sociala skadeverkningarna av ett fortsatt missbruk får vinna beaktande vid lagens tillämpning. JO anser dock att det sociala rekvisitet bör ges en annan utformning.

Det är nödvändigt att finna en bestämning som bättre ansluter till syftet med bestämmelsen och som med större tydlighet anger att en förutsättning för lagens tillämpning är att missbruket har lett till en för missbrukaren utomordentligt allvarlig situation. Det syftet kan nås om grunderna för vård bestäms med utgångspunkt i missbrukarens möjligheter att klara sin dagliga livsföring.

Landstingsförbundet

Styrelsen anser att det från i första hand humanitära men även samhälls-ekonomiska utgångspunkter är riktigt att LVM i vissa fall skall kunna tillgripas för att ändra situationen för de allt fler tunga missbrukarna i 20–30-årsåldern innan de erhållit påvisbara medicinska skador av sitt missbruk. Enligt styrelsens åsikt bör man dock vara vaksam på att äldre personer med långvarigt missbruk ej tas om hand för tvångsvård därför att det saknas möjligheter till adekvat omhändertagande och stöd i öppna vårdformer.

Stockholms kommun är positiv till den utökning av tillämpningsområdet som det föreslagna sociala rekvisitet innebär men anser att den föreslagna formuleringen är alltför allmänt hållen.

Göteborgs kommun är överens med beredningen om att det i vissa situationer kan vara nödvändigt att ingripa mot den enskildes vilja trots att allvarliga medicinska skador inte har konstaterats — särskilt när det gäller unga människor.

Kommunstyrelsen instämmer således i beredningens tes om att det vid en bedömning av behovet om tvångsingripande skall vara möjligt att se till missbrukarens totala livssituation. Kommunstyrelsen menar därför att det finns behov av att förändra de lagliga förutsättningarna för ett ingripande. Formuleringen av det föreslagna rekvisitet, som syftar på de sociala skadeverkningarna av missbruket, är dock oprecis och svårtolkad och innebär därmed risk för rättsosäkerhet. Kommunstyrelsen anser därför att denna formulering bör preciseras. Behovet av klara och entydiga rekvisit framstår som än större, om samhället får skyldighet att ingripa när rekvisiten är uppfyllda.

Arvika kommun instämmer i socialberedningens bedömning att ett beslut om tvångsvård enligt LVM inte i så hög grad som nu bör byggas på klart konstaterbara fysiska eller psykiska skador, utan att den totala sociala bedömningen måste få ökad tyngd. I annat fall kan initialt tvång inte tillämpas mot yngre missbrukare.

Helsingborgs kommun är positiv till förslaget till lagändring, men betonar vikten av att vårderbjudandena måste vara adekvata i förhållande till de grupper som placeras på institutionen.

Nuvarande tvångsinstitutioner har varken kapacitet eller kompetens att erbjuda vård till den målgrupp lagförslaget i första hand åsyftar.

Luleå kommun understryker att om missbruket är mycket allvarligt och inga frivilliga åtgärder kan motiveras, måste det vara möjligt att ingripa i ett tidigare skede, även om hälsan inte omedelbart är hotad.

Att denna lagändring skulle innebära en dramatisk utökning av tvångsvården och ett ökat förtryck av de sämst ställda, är inte trovärdigt. Möjligheten är framför allt förbehållen de yngre, vuxna missbrukare, som vägrar all form av vård i situationer när alternativet är tvångsvård eller ingen vård alls.

Solna kommun framhåller att kommunens erfarenhet av förutsättningarna för tvångsvård är att de sociala aspekterna på missbruket har tillmätts för liten betydelse.

Ett intensivt och omfattande missbruk har inte räckt för att kvalificera missbrukaren för tvångsvård. Vi kommer i kontakt med livshotande missbruk som inte kan fastställas vid en läkarundersökning. Det finns missbrukare som intar på gränsen till dödliga doser utan att medicinskt påvisbara skador kan konstateras. Missbrukaren kan med framgång förneka det verkliga missbrukets omfattning under sådana förhållanden vid en eventuell rättegång. Det är därför bra att förutsättningarna för tvångsvård görs vidare och att förslaget ger möjlighet till ingrepp på ett tidigare stadium.

Uppsala kommun betonar att socialnämnden har erfarenhet av att man med nuvarande LVM ej når de yngre vuxna missbrukarna. Förslaget att utmönstra ordet "trängande" bör möjliggöra ett tidigt ingripande vid ett allvarligt missbruk hos denna kategori. Det bör även underlätta för mera adekvata ingripanden när det gäller narkotikamissbrukare.

Genom tillägget under punkt 1 i 4 § "eller allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt" har man banat väg för en helhetsbedömning av missbrukarens sociala situation. Det kan här handla om personer som genom sitt missbruk är på väg att alldeles förlora sin sociala förankring. Ett socialt utanförskap till följd av missbruket som är avgörande för den enskildes fortsatta liv och välfärd. I dessa fall måste samhället ingripa med tvångsvård även om hälsan i strikt medicinsk mening inte kan anses allvarligt hotad. Kommunens socialnämnd har uppmärksammat att den medicinska bedömningen i LVM-utredningar i många fall vägt alltför tungt i förhållande till den sociala situationen i en helhetsbedömning. Den föreslagna förändringen är en väg till att råda bot på detta.

Skaraborgs läns landsting framhåller att landstinget i sina kontakter med missbrukarvården ofta har kunnat konstatera att enskilda missbrukare alltför sent kommer under vård.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 3

Dessa observationer har ökat i antal under senare år, speciellt sedan vårdavgifterna ökat till följd av det förändrade statsbidragssystemet. Nämnden ser därmed med tillfredsställelse på förslaget att tvångsvård ska kunna tillgripas på ett tidigare stadium i missbrukarkarriären. Därmed ges också bättre förutsättningar för en rehabilitering utan bestående skador.

Örebro läns landsting påpekar att tillägget av en social indikation är en realistisk förändring och att förslaget motiveras väl i betänkandet.

Behandlingshemmens riksförbund

BRF är överens med beredningen om att lagen inte får utformas så restriktivt att den inte går att tillämpa vid ett fortsatt allvarligt missbruk, både bland vuxna och yngre missbrukare annat än i närmast extrema fall. Förbundet delar också beredningens uppfattning att man inte generellt kan inskränka lagens tillämpningsområde till att gälla enbart i akuta situationer.

FMN

FMN har under senare år ansett det olyckligt att de rent medicinska hälsoaspekterna så starkt kom att betonas i nuvarande LVM:lags förarbeten. I många tragiska fall har detta skapat svårhanterbara situationer för vårdgivare och tragiska konsekvenser för missbrukaren. FMN ser det därför positivt att kriteriet "trängande" föreslås slopas till förmån för en helhetsbedömning av individens totala situation. FMN instämmer också i att detta har sin främsta, för att inte säga avgörande, betydelse för gruppen unga vuxna missbrukare.

En av remissinstanserna, *BRÅ*, tar enbart ställning i fråga om ordet trängande. *BRÅ* anser att formuleringen "allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt" är alltför vag.

Med hänsyn till den enskildes rättssäkerhet är det angeläget att ett rekvisit för tvångsvård inte lämnar utrymme för tveksamhet vid tillämpningen. De övriga ändringarna beträffande rekvisiten i författningsförslagets 4 § tillstyrks av *BRÅ*.

Nio remissinstanser avstyrker förslagen. Dessa är *länsrätten i Malmöhus län*, *Norrköpings kommun*, *SACO/SR*, *Föreningen Sveriges socialchefer*, *RFHL*, *ALRO*, *Verdandi* och *IOGT/NTO*.

Länsrätten i Malmöhus län motsätter sig att begreppet trängande slopas.

Beredningen hävdar, (s. 277) att ett uppehåll i missbruk inför en domstolsförhandling ensamt kan utesluta tillämpningen av LVM. Länsrätten delar inte den uppfattningen. I prop. 1981/82:8 (s. 74) talas om en allvarlig missbrukarsbild och att missbruk som återkommer i perioder omfattas av lagen om övriga betingelser är uppfyllda. Detta ligger i uttrycket fortgående missbruk. Vidare sägs att LVM är tillämplig om vederbörande visserli-

gen samtycker till den inledande vården men inte är villig att ställa upp på mera långsiktiga behandlingsinsatser. — —

Prop. 1987/88: 147
Bilaga 3

Enligt länsrätten innebär beredningens förslag en klar utvidgning av området för tvångsvård.

Enligt länsrättens uppfattning kan det finnas behov av att lagen tillåter ett tvångsomhändertagande om vederbörande befinner sig i en socialt sett allvarligt utsatt situation p. g. a. sitt missbruk. Länsrätten anser emellertid inte att ett tvångsomhändertagande bör kunna ske om det inte *samtidigt* föreligger en allvarlig fara för vederbörandes hälsa. — Enligt beredningens förslag blir det möjligt att besluta om tvångsvård av en person som p. g. a. sitt missbruk underlåter att försörja sig även om missbruket inte kan påvisas medföra en allvarlig fara för hans hälsa. — Länsrätten anser inte att detta är förenligt med ideologin bakom socialtjänstlagen och avstyrker därför beredningens förslag till social indikation.

SACO/SR framhåller att införandet av den "sociala indikationen" liksom utmönstringen av ordet "trängande" leder till en obefogad utvidgning av personkretsen.

Föreningen *Sveriges socialchefer* anser att förslaget enligt föreningens uppfattning får betydligt mer vittgående konsekvenser än som framgår av betänkandet.

Den av beredningen föreslagna indikationen "behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk" måste anses tillämplig på mycket stora grupper människor med missbruksproblem. I princip måste allt tungt missbruk indikera ett sådant vårdbehov. Enligt uppgifter i betänkandet finns 50–100 000 tunga alkoholmissbrukare och 10–14 000 tunga narkotikamissbrukare, vartill kommer ett okänt antal missbrukare av narkotika-klassificerade läkemedel.

Begreppet trängande markerar att vårdbehovet skall vara akut. Enligt beredningen har detta lett till missförståndet att det skall föreligga ett akut behov av medicinsk avgiftning för att LVM skall kunna bli aktuell. Som beredningen framhåller har man emellertid redan i den nu gällande lagtextens utformning klargjort att trängande vårdbehov inte är att jämställa med avgiftningsbehov. Detta markeras genom att det trängande vårdbehovet avser att den enskilde skall komma ifrån sitt missbruk. Motivet för att utmönstra begreppet trängande ur lagstiftningen ter sig därför svagt. Det borde räcka med att beredningen ytterligare klargjorde lagstiftarens intentioner och att klargörandet följdes upp i nya Allmänna råd från socialstyrelsen.

Föreningen vill också peka på att begreppet trängande inte bara hänför sig till hur aktuellt vårdbehovet är i den givna situationen. Det ligger i sakens natur att ett vårdbehov för att vara akut också måste vara starkt. Utmönstrar man begreppet trängande blir konsekvensen att varje vårdbehov som med tillräcklig sannolikhet kan anses föreligga kvalificerar för tvångsvård. — —

Föreningen motsätter sig också att en social indikation införs och framhåller följande.

Den nya indikationen "*allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt*" är enligt föreningens uppfattning mycket vid. Med levnadsförhållanden i övrigt avses, enligt betänkandet, arbetsförhållanden, bostad och

relationer till närstående och andra. I vilken mån missbruket försämrar dessa levnadsförhållanden är emellertid en fråga som avgörs främst av andra faktorer än missbrukets omfattning och karaktär. De sociala skadeverkningarna beror främst på vilka resurser individer har i grunden i fråga om utbildning, social status, ekonomi etc. Den som har en god social förankring i grunden kan trots svåra missbruksproblem under lång tid klara arbete, bostad och ekonomi. Relationerna till närstående drabbas ofta snabbare generellt sett, men att avgöra i vilken mån det är missbruket och i vilken mån det är andra faktorer som ligger bakom t. ex. en skilsmässa låter sig knappast göra i det enskilda fallet. I vart fall inte med den grad av säkerhet som krävs i fråga om ett frihetsberövande.

Den nya indikationen blir tillämplig främst på missbrukare med små sociala och ekonomiska resurser. Det är för dessa missbrukare de sociala skadeverkningarna blir stora och tydliga. Den kvarstående brist på jämlikhet i fråga om resurser som finns i samhället kommer då att bli den reella grunden till att tvånget utsträcks till en ny grupp. Detta är enligt föreningens mening oacceptabelt.

RFHL motsätter sig att begreppet trängande vårdbehov utmönstras och att en social indikation införs.

Förslagen bäddar för en stark utvidgning av den grupp missbrukare som kan komma i fråga för ett tvångsomhändertagande. En social indikation av föreslagen art leder till en oacceptabel klassmässig diskriminering. Genom förklaringar och markeringar i förarbeten och de råd som bildar tolkningsmönster, kan beredningens syfte – att möjliggöra ingripanden med stöd av LVM mot unga missbrukare, trots att påvisbara medicinska skador till följd av missbruket ej uppkommit – uppnås, utan att svåröverskådliga negativa biverkningar följer i kölvattnet.

ALRO anser bl. a. att de föreslagna kriterierna innebär en drastisk utvidgning av den personkrets som kan bli föremål för vård enligt lagen. Förslaget innebär vidare ett allvarligt hot mot den fundamentala rättssäkerheten och en kränkning av de grundlagsskyddade mänskliga fri- och rättigheter. *Verdandi* har liknande invändningar.

IOGT/INTO anser att tvång behövs i vissa lägen för att rädda människoliv och inleda ett motivationsarbete. Tvång är då en akutinsats och en hjälp för stunden.

Två av remissinstanserna är tveksamma till förslagen i denna del. *TCO* anser att de föreslagna förändringarna

kan innebära att var och en som har missbruksproblem kan bli föremål för tvångsingripanden om en i övrigt svag social situation föreligger och den enskilde inte följer vad socialtjänsten kräver. Samtidigt har formuleringen ”trängande behov” visat sig otillräcklig och svår att tillämpa varför *TCO* föreslår att kriterierna för ingripande blir föremål för ytterligare överväganden.

LO känner tveksamhet inför de föreslagna formuleringarna och anser att frågan bör ses över ytterligare. Det framlagda förslaget kan enligt *LO* innebära risker för rättsosäkerhet, eftersom kriterierna lämnar öppet för subjektiva tolkningar.

3.3.3 Skyddet för missbrukarens omgivning

Majoriteten av de remissinstanser som har tagit ställning i frågan tillstyrker att bestämmelsen om skyddet för närstående behålls oförändrad. Dessa är domstolsverket, kriminalvårdsstyrelsen, BRÅ, socialstyrelsen, kammarrätterna i Stockholm och Jönköping, länsrätterna i Stockholms och Jämtlands län, länsstyrelserna i Stockholms och Kopparbergs län, Svenska kommunförbundet, Helsingborgs och Luleå kommuner samt RFHL.

Kammarrätten i Stockholm påpekar att domstolen i tidigare remissyttrandet förordat att ett ingripande skall kunna ske inte endast när vederbörande kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående utan även andra.

Eftersom tillräckligt praktiskt behov av en sådan utvidgning inte, såvitt domstolen känner till, har gett sig till känna under den tid som lagen har tillämpats godtar domstolen beredningens förslag att bestämmelsen begränsas i enlighet med vad som gäller nu.

Två remissinstanser föreslår vissa kompletteringar av bestämmelsen.

Skaraborgs läns landsting anser, till skillnad från socialberedningen, att begreppet närstående också bör omfatta det ofödda barnet.

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län anser att skyddet för närstående som rekvisit för tvångsvård bör "förstärkas i förhållande till nuvarande lag".

Två remissinstanser anser att kriteriet bör utmönstras ur lagen.

TCO

Kriteriet "fara för närstående" bör utmönstras, eftersom frågan om allmänt åtal för misshandel på enskilt område lösts genom ändring i brottsbalken. Därigenom har motiven för att ha kvar närståendeindikationen försvunnit.

Föreningen Sveriges socialchefer påpekar att den s. k. närståendeindikationen var ett provisorium när den infördes.

De förändringar i åtalsreglerna som man avvaktade har genomförts. Eftersom det dessutom visat sig att indikationen använts i få fall bör den nu kunna tas bort ur lagen.

IOGT/NTO tar inte uttrycklig ställning till förslaget men framhåller följande:

Krav på utökat tvång motiveras ibland med att många missbrukare under rusets inflytande är farliga för grannar och familjer. Barn- och hustrumisshandel har ofta den vuxne mannens berusning som utlösande faktor. Självfallet måste samhället med kraft ingripa i alla dessa situationer. Men socialtjänsten har vare sig praktiska eller polisiära möjligheter att fullfölja en sådan uppgift. Principiellt är det också felaktigt att använda socialtjänst-

en för uppgifter som måste ligga på polisen. Speciallagstiftning skall inte användas i dessa fall utan annan lagstiftning måste ligga till grund för ingripanden och straffsatser. Däremot måste socialtjänsten utveckla större aktivitet genom bl. a. uppsökande arbete, familjebehandling och andra sociala åtgärder för att förhindra fortsatt missbruk och våld.

Fem remissinstanser anser att skyddet bör omfatta även andra än närstående.

RÅ

Beredningen (s. 282 n) synes dela den uppfattningen att missbrukaren har ett eget intresse av att skyddas från att begå brott till följd av sitt missbruk. Med de ändringar som nu föreslås av förutsättningarna för tvångsvård kommer visserligen många av dem som visat sig farliga för annan än närstående att kunna tas om hand för vård på annan grund. Jag är ändå inte övertygad om hållbarheten i beredningens argumentation för en begränsning av indikationerna till närstående.

RPS påpekar att de närstående till en missbrukare utgör en särskilt utsatt grupp som bör ges det skydd som en tvångslag kan ge.

Enligt styrelsens mening finns det emellertid starka skäl som talar för att detta skydd bör omfatta också andra än närstående. Som konstateras i betänkandet ger de straffrättsliga åtgärder som står till buds inte alltid ett tillräckligt skydd. I detta läge anser styrelsen att också fara för annans personliga säkerhet bör kunna utgöra grund för tvångsvård.

Malmö kommun

I likhet med ledamoten i beredningen Göte Jonsson menar socialnämnden att det är riktigare med en vidgning av begreppet att omfatta även annan. Därigenom möjliggörs ett ingripande motiverat av exempelvis en HIV-smittad missbrukare.

Vidare bör det av lagstiftningen tydligt framgå att i valet mellan tvångsvård enligt LVU och LVM i hem där en eller båda föräldrarna är missbrukare insats enligt LVM bör komma i första hand. Detta måste enligt nämndens mening vara den mest ändamålsenliga och skonsamma ordningen.

Örebro läns landsting anser att närståendeindikationen i de få fall den har använts, har utomordentligt stor betydelse.

Utskottet delar därför uppfattningen att den inte bör tas bort. Tvärtom finns det, som utskottet ser det, skäl som talar för att skyddets ska utvidgas till att omfatta även andra än närstående. Naturligtvis är det så att utomstående "som regel befinner sig i en avsevärt mindre utsatt situation i förhållande till missbrukaren än vad hans närmaste gör". Detta är dock inget skäl för att en utomstående, som faktiskt har en sådan situation, ska berövas skyddet. — — —

De hänvisningar som vanligen görs till annan lagstiftning (brottsbalken) när en missbrukare gör sig skyldig till hot, våld och andra påtryckningar mot sin omgivning är inte trovärdiga, eftersom man inte kan ingripa enligt den lagstiftningen förrän efter genomfört brott.

En speciell grupp förvaltningsutskottet i detta sammanhang vill värna om är ofödda barn till gravt missbrukande mödrar. Dessa blivande barn har, såvitt utskottet kan förstå, i sista hand ingen annan "försvarsadvokat" än vad kommande lagstiftning eventuellt kan utgöra.

RNS påpekar att det finns personer, t. ex. grannar, som inte är att betrakta som närstående men som ändå kommer i nära kontakt med missbrukaren.

Genom sitt närboende kan de dagligen vara utsatta men ändå, just genom att bo nära, känna tvekan att polisanmäla av fruktan för repressalier mot sig själva eller sin familj. Därför borde också bl. a. denna kategori omfattas av "närståendeskyddet".

UHÄ, AMS, Statskontoret, RRV, SCB, LON, länsrätten i Malmöhus län, JO, Landstingsförbundet, Stockholms, Göteborgs, Arvika, Norrköpings, Solna och Uppsala kommuner, SACO/SR, LO, Behandlingshemmens riksförbund, FMN, ALRO och Verdandi tar inte ställning till förslaget.

3.3.4 Samhällets skyldighet att ingripa

Socialberedningens förslag om att lagen skall vara obligatoriskt tillämplig om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda tillstyrks av en majoritet av de remissinstanser som tagit ställning i frågan. Dessa är RÅ, domstolsverket, RPS, kriminalvårdsstyrelsen, BRÅ, socialstyrelsen, kammarrätterna i Stockholm och Jönköping, länsrätten i Jämtlands län, länsstyrelserna i Stockholms och Kopparbergs län, JO, Svenska kommunförbundet, Göteborgs, Malmö, Helsingborgs, Luleå, Solna och Uppsala kommuner, Skaraborgs och Örebro läns landsting, Behandlingshemmens riksförbund, RNS och FMN.

Kammarrätten i Stockholm tillstyrker förslaget men understryker "att en aldrig så god reform blir ett slag i luften så länge som kommuner och landsting inte fullföljer sina åligganden med avseende på vårdresurserna".

Kammarrätten i Jönköping anser att farhågorna att ett utbyte av hjälpverbet "får" till "skall", skulle leda till omotiverade vårdbeslut är överdrivna.

Lokutionen är en handlingsregel för domstolarna, innebärande att tvångsvård skall komma till stånd, om förutsättningarna för sådan vård är uppfyllda. Som sådan handlingsregel har den sedan länge tillämpats även med nuvarande formulering.

JO

LVM kan tillämpas endast i det fall alla möjligheter att tillgodose missbrukarens behov av vård inom socialtjänsten i frivilliga former är uttömda. Även med de förändringar av grunderna för vård som föreslås nu kommer lagen att avse endast de situationer där missbruket har nått så långt att allvarliga medicinska eller sociala skadeverkningar är omedelbart förestående. Utebliven vård i de situationer som lagen anger kan således leda till inte bara att missbrukaren får obotliga skador utan även allvarliga skador för hans anhöriga. Det är enligt min mening uppenbart att samhället i en sådan situation bör ha en skyldighet att se till att missbrukaren får den vård

som missbruket nödvändiggör. Jag biträder därför utredningens förslag att tvångsvård "skall" beslutas i dessa situationer.

Prop. 1987/88: 147
Bilaga 3

Göteborgs kommun tillstyrker förslaget men anser att den föreslagna starka markeringen av samhällets skyldighet ovillkorligen ställer krav på utökade och förbättrade institutionsresurser. En förutsättning för att beredningens förslag skall genomföras är ett riktat statligt stöd till LVM-vård.

Örebro läns landsting anser att ordet "kan" byts ut mot "skall" är en viktig markering av principen att samhället har en skyldighet att bereda missbrukarna vård.

Det finns dock anledning till viss skepsis vad gäller möjligheterna att inom överskådlig tid ge denna princip genomslag i praktiken p. g. a. bristande resurser.

Några remissinstanser avstyrker förslaget. Dessa är *länsrätten i Malmöhus län*, *länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län*, *Arvika och Norrköpings kommuner*, *TCO*, *Föreningen Sveriges socialchefer*, *RFHL*, *ALRO* och *Verdandi*.

Länsrätten i Malmöhus län

Länsrätten ser det inte som särskilt betydelsefullt att ordet "kan" utbyts mot "skall" i lagtexten. Det grundläggande ansvaret för att erforderlig vård kommer till stånd bestäms genom den föreslagna ändringen i 11 § andra stycket socialtjänstlagen. Socialnämnden åläggs genom den ändringen ett aktivt ansvar för erforderlig vård. Något särskilt åläggande behövs därför inte i LVM.

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län framhåller att man är positiv till den föreslagna ändringen i 11 § socialtjänstlagen, som markerar socialtjänstens ansvar för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver.

Enligt länsstyrelsens mening bör lagen dock inte ändras så att samhällets skyldighet att ingripa med tvång ökar. Den föreslagna förändringen markerar tillsammans med de vidgade indikationerna en förskjutning från frivillighet mot tvång i missbrukarvården. Det finns en risk att socialnämnden inte ges tillräckligt utrymme att motivera missbrukaren för frivilliga insatser. Detta gäller i synnerhet i det klimat som finns i samhället idag med krav på hårdare tag mot socialt utsatta grupper.

Föreningen Sveriges socialchefer

Bedömningen av om tvångsvård skall tillgripas i en svår situation, eller om man skall fortsätta ansträngningarna att få en lösning i frivilliga former, är ofta svår. En rad faktorer utöver de som tas upp i lagens indikationer måste kunna beaktas. T. ex. om det finns tillgång till lämplig placering med hänsyn till ålder, kön och problembild, hur relationen till missbrukaren är, vilka andra relationer och resurser som finns i hans omgivning och arten av de risker som är förenade med ett fortsatt missbruk. Med en obligatorisk regel minskar utrymmet för att göra en ur vårdsynpunkt riktig helhetsbedömning i det enskilda ärendet.

Föreningen anser också att obligatorisk regel kan ha en negativ styrande effekt. Risker är att man försummar utveckling av motivationsarbetet bland tunga missbrukare och i stället förlitar sig till de möjligheter som ges genom de föreslagna förändringarna att aktualisera tvång i tidigare skeden. Eftersom motivationsarbetet lägger grunden för det fortsatta långsiktiga stöd i öppen vård som nästan alltid är nödvändigt kan helhetseffekten ur rehabiliteringssynpunkt bli mycket negativ.

RFHL

Vi fruktar att en sådan tvingande bestämmelse leder till att man på många håll kommer att tillgripa tvånget i ett mycket tidigt skede och inte ge det mödosamma och resurskrävande motivationsarbetet det utrymme det behöver. Planterad i en verklighet av resursbrist och metodproblem kommer bestämmelsen att fungera som broms på arbetet med att utveckla behandlingsrelationer med tunga missbrukare.

En sådan framflyttning av tvånget på frivillighetens bekostnad kommer att utgöra ett svårt hinder för det framtida samarbetet.

I sin nuvarande form kan LVM förenas med socialtjänstlagen och dess starka betoning av att missbruksvården ska bygga på frivillighet. Beredningens förslag rubbar denna balans och utgör därmed ett allvarligt hot mot socialtjänstreformens bärande principer.

Den repressiva karaktären av beredningens resonemang understryks av att den tvingande bestämmelsen handlar om tvång mot den enskilde missbrukaren. Motsvarande tvingande bestämmelser som rör kommunens skyldighet att bistå den tvångsomhändertagne med bostad, utbildning och arbete lyser med sin frånvaro.

Verdandi

Beredningen säger sig med ändringen till "tvångsvård skall beslutas" vilja markera samhällets ansvar och skyldighet att ingripa när någon eller dennes närstående befinner sig i sådan fara som lagen anger. Detta resonemang klingar minst sagt ihåligt eftersom man inte kopplar det till samhällets skyldighet att åtgärda de faktorer som orsakar eller bidrar till att försätta missbrukaren i den utsatta situation som nödvändiggör ett ingripande. Starka krav måste ställas på samhället att tillgodose basbehov som arbete, bostad, gemenskap etc. vilka är nödvändiga för att på ett varaktigt sätt kunna ta sig ur ett missbruk.

UHÄ, AMS, statskontoret, RRV, SCB, LON, länsrätten i Stockholm, Landstingsförbundet, Stockholms kommun, SACO/SR, LO och IOGT/NTO behandlar inte frågan.

3.4 Förhållandet LVM/smittskyddslagen (1968:231)

Majoriteten av de remissinstanser som har tagit ställning i frågan delar beredningens uppfattning att LVM:s tillämpningsområde inte bör utvidgas för att skydda omgivningen mot HIV-smitta. Dessa är RÅ, domstolsverket, kriminalvårdsstyrelsen, BRÅ, socialstyrelsen, kammarrätterna i Stockholm och Jönköping, länsrätterna i Stockholms och Jämtlands län, länsstyrelserna i Stockholms, Göteborgs och Bohus samt Kopparbergs län, Svenska kommunförbundet, Stockholms, Malmö, Helsingborgs och Luleå

BRÅ pekar på att socialberedningen understryker att LVM i allt väsentligt skall betraktas som en vårdlag och inte en skyddslag.

Frågan om samhällsskyddet aktualiseras bl. a. när det gäller HIV-smittade missbrukare. Avsikten är att detta problem f. n. skall lösas inom ramen för smittskyddslagen. Om framtida erfarenheter visar att behovet av ett utvidgat samhällsskydd ökar, måste det övervägas hur detta behov skall tillgodoses.

Länsrätten i Stockholm

Länsrätten har i och för sig inget att erinra mot det som i betänkandet anförts om narkomanvård och HIV-smitta eller de slutsatser som dras i detta sammanhang. Principiellt har länsrätten sålunda inget att invända mot att LVM tar sikte på missbrukarens egna behov medan samhällsskyddet tillgodoses genom smittskyddslagstiftningen.

Man måste emellertid hålla i minnet att fråga är om kommunicerande kärl. Det ligger därför en risk i att helheten inte blir tillräckligt tillgodosedd om frågorna som hittills behandlas var för sig. Den första frågan är aldrig vad det ena eller andra organet skall göra utan vad som totalt behöver göras.

Sprutnarkomanerna är en stor och farlig riskgrupp när det gäller HIV-epidemins fortsatta utbredning. Måhända uppfyller varje HIV-smittad sprutnarkoman rekvisitet grundad anledning befara att han eller hon skall sprida smitta. Hittills har emellertid bara någon enstaka missbrukare blivit omhändertagen med stöd av smittskyddslagstiftningen.

Smittskyddsbehovet torde i de flesta fall vara tillgodosett under den tid som missbrukaren undergår missbruksvård. Men det räcker härvidlag inte att SoL eller LVM är tillämplig. Det krävs också att de tillämpas i praktiken. Det räcker inte att AIDS-delegationen säger att envar sprutnarkoman skall bli föremål för uppsökande verksamhet och socialberedningen att LVM är tillämplig på allt dagligt intravenöst missbruk samtidigt som det mesta förblir vid vad det varit och smittspridningen fortsätter.

Det är hög tid att samhället *dels* bestämmer sig för om smittade sprutnarkomaner skall tillåtas fortsätta sitt missbruk till skada för sin egen hälsa och med risk för att de smittar ned andra eller om de i stället skall tas om hand inom LVM-vården eller smittskyddet, *dels* snarast tillskapar erforderliga resurser för att effektuera sitt ställningstagande. Tidigare ställningstaganden att inte tillåta utbyte av förorenade sprutor och inte tillåta en utökning av metadonprogrammet ställer ytterligare krav på både missbruksvården och smittskyddet som inte kan lämnas obeaktade i detta sammanhang.

Så länge som erforderliga vårdresurser inte finns tillgängliga är en ömtålig prioriteringsfråga också om tillgängligt utrymme skall avsättas för (åtminstone en del av) dem som själva söker sig till vården, för dem som redan blivit HIV-smittade eller för dem som ännu inte hunnit bli det.

Och till dess samhället har bestämt sig och erforderliga vårdresurser har byggts upp fortsätter smittan att spridas.

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län

Länsstyrelsen delar beredningens uppfattning och vill i detta sammanhang framhålla att ett utökat tvång riskerar att motverka samhällets möjligheter

att komma tillrätta med AIDS-problematiken. Människor med narkotika-problem kan befaras hålla sig undan och AIDS-delegationens mål att nå alla intravenösa missbrukare med provtagning, avgiftning och behandling kommer då inte att nås. På sikt måste smittspridningen hindras genom förebyggande arbete. Socialtjänstens möjligheter att nå resultat med tidiga insatser står och faller med tilltron till vårdens frivillighet.

Skaraborgs läns landsting delar uppfattningen att LVM skall ses som en vårdlag.

Samtidigt kan man emellertid inte bortse ifrån att förekomsten av HIV-smittade missbrukare på institutionerna är ett problem, speciellt när de är utagerande. Socialvårdsnämnden menar därför att särskilda insatser bör göras för att dels ge personalen förutsättningar att hantera de speciella problem som denna grupp kan medföra, dels bearbeta den oro och ångest som arbetet kan medföra, både hos personalen och deras anhöriga. Sådana åtgärder bör stödjas av centrala myndigheter, både kunskapsmässigt och ekonomiskt.

Örebro läns landsting

Utskottet har inga särskilda synpunkter på gränsdragningen mellan LVM och annan lagstiftning, t. ex. smittskyddslagen.

Vad gäller denna lag är det dock oklart vad HIV-smitta i sig innebär. Beredningen anger att LVM-vård kan beredas smittad om smittskyddslagen uteslutits och LMV:s övriga rekvisit är uppfyllda. Betyder detta enligt beredningen att HIV-smitta innebär att 4 § 1 p i förslaget är uppfyllt, dvs. att kombinationen fortgående missbruk och HIV-smitta innebär en så allvarlig hälsorisk för den enskilde missbrukaren att förutsättningar för tvångsvård finns? Eller krävs det därutöver andra hälsorisker?

Utskottets åsikt är att HIV-smittan hos den enskilde tillsammans med allvarligt missbruk bör utgöra rekvisit enligt tvångslagen om övriga indikationer för ingripande finns, och det medicinskt är klarlagt att den enskildes hälsotillstånd i detta fall försämras allvarligt. Däremot bör smittskyddslagen användas till förhindrande av smitta gentemot annan.

Behandlingshemmens riksförbund anser att det är välbetänkt att socialberedningen inte föreslår någon specialindikation för HIV/AIDS i LVM.

Enligt BRF:s mening bör dock socialstyrelsen ges i uppdrag att utreda frågan snarast, då HIV-smittade "drabbar" institutionerna redan nu.

BRF vill särskilt understryka vikten av att socialstyrelsen i sitt uppdrag skall arbeta med sekretessfrågan, där man särskilt beaktar vårdpersonals situation på institutionerna.

RFHL delar beredningens uppfattning i det att man menar att smittskyddet primärt måste tillgodoses genom smittskyddslagen.

Vi konstaterar att beredningen underlåter att pröva tänkbara effekter av sitt förslag om utvidgat tvång mot det övergripande målet vad gäller HIV/AIDS-problemet och narkotikamissbruk: att nå alla injektionsmissbrukare med provtagning, avgiftning och behandling. Tar man HIV/AIDS-hotet på allvar förefaller det logiskt att just utsätta förslag om mer övergripande förändringar av narkomanvården för en sådan kritisk prövning. RFHL menar, som tidigare påtalats, att en sådan prövning utfaller till nackdel för beredningens förslag om en ny utvidgad LVM.

RPS, UIIÄ, AMS, statskontoret, RRV, SCB, LON, länsrätten i Malmöhus län, JO, Landsingsförbundet, Göteborgs, Arvika, Norrköpings, Solna och Uppsala kommuner, TCO, SACO/SR, LO, Föreningen Sveriges socialchefer, RNS, FMN, ALRO, Verdandi och IOGT/NTO tar inte ställning i frågan.

3.5 Utredning och ansökan om vård

Socialberedningen föreslår att länsstyrelsen även i fortsättningen skall ha ansvaret för utredning och ansökan i ärenden om vård enligt lagen. Länsstyrelsen skall dock anlita socialnämnden för själva utredningsarbetet. Beredningens förslag i denna del har fått ett blandat mottagande. Tolv av remissinstanserna tillstyrker förslaget. Dessa är *domstolsverket, RPS, kriminalvårdsstyrelsen, socialstyrelsen, RRV, kammarrätten i Jönköping, länsrätterna i Stockholms och Jämtlands län, länsstyrelserna i Stockholms och Kopparbergs län, Solna kommun och Skaraborgs läns landsting.*

Domstolsverket påpekar emellertid att om socialtjänstens resurser för och kompetens förstärks bör övervägas om inte även processföringen kan läggas på socialnämnden.

På så sätt skulle samma utrednings- och ansökningsförfarande gälla för de till socialtjänstlagen knutna kompletterande lagarna *LVU* och *LVM* och det av beredningen påtalade dubbelarbetet skulle försvinna. En enhetlig rättstillämpning utformas i länsrätten. Det kan också ses som en främmande organisatorisk lösning att länsstyrelsen i egenskap av part får någon slags befälsrätt över socialnämnden, som ju är ett kommunalt organ. Det finns emellertid enligt verkets mening skäl som talar för att uppgifterna att göra utredning och föra talan delas upp på det sätt som socialberedningen föreslår. För domstolarnas del kan en sådan lösning innebära fördelar då det kan antas att länsstyrelserna får större kunskap och processerfarenhet och därför kan föra processerna på ett bättre sätt än socialnämnden. DV vill därför inte motsätta sig den uppgiftsfördelning som socialberedningen föreslår.

Socialstyrelsen anser det lämpligt att lagförslaget ändras på ett sådant sätt att den faktiska arbetsfördelningen mellan socialnämnden och länsstyrelsen klarare framgår.

I övrigt anser styrelsen att de argument som åberopades av regeringen då ansökningsansvaret till länsrätt övergick till länsstyrelsen 1984 alltså är giltighet. Socialstyrelsen ställer sig därför bakom förslaget.

RRV hänvisar till att verket i sin revisionsrapport – Socialtjänstens institutioner (Dnr 1985:300) – ansåg att länsstyrelsernas funktion i *LVM*-ärenden borde ändras.

Det nu presenterade förslaget att överföra utredningsarbetet till de sociala nämnderna ligger i linje med vad *RRV* fört fram. Den lösning beredningen föreslår är enligt *RRV* en lämplig avvägning mellan rättssäkerhets- och effektivitetsskäl. *RRV* tillstyrker således förslaget.

Kammarrätten i Jönköping, som anser att det redan i dag torde gälla att socialnämnden utför utredningen i LVM-ärenden, framhåller att det är angeläget att samarbetet inte får avslutas i och med att utredningen överlämnas. Erfarenheterna talar nämligen för att den utredande socialsekreteraren bör ha en mera central roll vid domstolsförhandlingen. Kammarrätten påpekar vidare att den ordning som innebär att länsstyrelsen skall ansöka om vård enligt LVM är att föredra framför den som gäller enligt LVU där socialnämnden skall såväl utreda ärendet som ansöka om vård.

Kammarrätten ansluter sig också till beredningens förslag om att det läkarintyg som skall bifogas när länsstyrelsen ansöker om vård skall innehålla en redogörelse för den enskildes aktuella hälsotillstånd och att läkaren inte längre skall göra bedömningen huruvida förutsättningar för tvångsvård kan tänkas föreligga.

Länsrätten i Stockholms län

Länsrätten har mycket goda erfarenheter av länsstyrelsen som utredande och sökande myndighet men ser ändå ingen anledning att motsätta sig socialberedningens förslag under detta avsnitt. Om en uppdelning av ansvaret för utredandet resp. för sökandet inte anses lämplig är nuvarande ordning klart att föredra framför att ansvaret för ansökningsförfarandet återgår till socialnämnden.

Länsrätten i Jämtlands län, som inte har något att anmärka mot länsstyrelsens arbete, ser som en fördel med förslaget att det dubbelarbete som förekommit i ärendena försvinner.

Vidare kommer, med den här lösningen, handläggningen av ärendena att kunna snabbas upp. Det får också anses vara en fördel att utredningen handläggs av socialnämnden för att sedan granskas av länsstyrelsen innan ansökan om vård kommer till stånd.

Länsstyrelsen i Stockholms län anser att det finns skäl som talar för och emot att ansvaret för utredning och ansökan om vård i LVM-ärenden ligger hos länsstyrelsen.

Länsstyrelsen ansluter sig till beredningens förslag att länsstyrelsen även fortsättningsvis skall ha ett övergripande ansvar för LVM. Länsstyrelsen är vidare liksom beredningen av den bestämda uppfattningen, att utredningarna om LVM skall utföras av den lokala socialtjänsten. Länsstyrelsens huvudsakliga uppgift blir att leda utredningsarbetet samt att ansvara för ansökningarna till länsrätten. Genom en sådan ordning slår man också vakt om en enhetlig och konsekvent rättstillämpning.

Länsstyrelsen i Kopparbergs län

Länsstyrelsen anser att den föreslagna ändringen vad gäller utredningsarbetet är riktig då socialnämnden grundligt skall ha utrett (50 § SoL) om det är möjligt att hjälpa missbrukaren med frivilliga insatser innan tvångsvård aktualiseras. Länsstyrelsen instämmer med socialberedningens förslag om att ansvaret för utredning och ansökan fortfarande skall ligga hos länsstyrelsen, vilket befriar socialnämnden från hanteringen av tvångsbeslut och ger garantier för en enhetlig rättstillämpning. Det senare är desto viktigare

eftersom den nu föreslagna utvidgningen av ingripandekriterierna torde komma att innebära ytterligare svårigheter att åstadkomma en enhetlig rättstillämpning. Länsstyrelsens fortsatta ansvar i dessa ärenden borde emellertid borge för att även detta intresse tillgodoses.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 3

Solna kommun ser positivt på att socialförvaltningen på ett mer aktivt sätt utreder LVM-vården.

Detta förutsätter att kommunerna bedriver ett missbruksarbete. En sådan skyldighet skrivs också in i 4 §. De resurser som tillskapades för länsstyrelsen i samband med lagens införande bör överföras till kommunerna, då enligt förslaget utredningsarbete skall återföras till kommunen.

JO förordar en något annorlunda lösning än beredningen.

Socialtjänsten har ansvaret för den förebyggande verksamheten. Det är inom socialtjänsten som missbrukaren i ett tidigt skede skall erbjudas det stöd och den hjälp som han behöver för att komma ifrån missbruket. I de behandlingskontakter som föreligger mellan socialförvaltningen och missbrukaren och genom de utredningar som företas inom förvaltningen kan socialarbetarna följa missbrukaren. Det är därför ofta socialnämnden som först får veta när missbrukarens förhållanden är sådana att vård enligt LVM kan behövas. Det framstår mot den bakgrunden som mer ändamålsenligt att socialnämnden får ansvaret för den utredning som skall ligga till grund för beslutet om vård enligt LVM. Att socialnämnden har en anmälningsplikt i sådana fall följer av redan nu gällande bestämmelser.

Socialberedningen har på samma och andra skäl funnit att nämnderna bör ges ett ökat ansvar för utredningen. Det bör således åligga socialnämnden att på länsstyrelsens uppdrag genomföra utredningen.

Beredningen har enligt min mening inte redovisat tillräckliga skäl för en sådan ansvarsfördelning. Övervägande skäl talar enligt min mening för att det utredningsansvar, som nämnden har enligt 50 § SoL, bör gälla även för nu angivna fall.

Framkommer omständigheter som tyder på att någon behöver beredas vård enligt LVM bör det således åligga socialnämnden att komplettera ev. redan föreliggande utredning eller verkställa ny utredning. Visar utredningen att grund för vård enligt LVM föreligger, bör det åligga nämnden att redovisa utredningen till länsstyrelsen, som har att göra ansökan om vård till länsrätten. På så vis ges länsstyrelsen möjlighet att granska den företagna utredningen och begära den komplettering som länsstyrelsen finner nödvändig.

Kammarrätten i Stockholm

Det är en klar fördel att enligt förslaget socialnämnderna åläggs en aktivare roll under utredningen bl. a. genom att det faller på dem att på länsstyrelsernas uppdrag göra LVM-utredningar. En särskild fördel är att härigenom nämndernas möjligheter ökar att snabbt etablera en kontakt med missbrukaren och förbereda vidare åtgärder.

Kammarrätten framhåller samtidigt att en besparingsåtgärd som rätten kan peka på är möjligheten att återföra länsstyrelsernas uppgifter enligt LVM till socialnämnderna.

Den modellen fungerade väl under övergångsperioden 1982–1984 och gör så alltjämt vid tillämpningen av lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Med det sagda, har kammarrätten inte velat antyda att länsstyrelserna inte skulle på ett tillfredsställande sätt fullgöra sina uppgifter enligt LVM. Under alla omständigheter ter det sig dock svårförklarligt att skilda talregler för det allmänna gäller i LVM- och LVU-målen. Länsstyrelsens medverkan torde inte behövas för att erforderlig rättslikhet skall nås utan sådan bör skapas genom domstolarnas praxis.

Nio av remissinstanserna avstyrker beredningens förslag och anser att den nuvarande ansvarsfördelningen bör ligga fast. Dessa är *Stockholms, Göteborgs, Arvika och Norrköpings kommuner, TCO, Föreningen Sveriges socialchefer, RFHL, ALRO och Verdandi*.

Stockholms kommun anser att socialtjänsten kommer i en ohållbar situation gentemot klienten.

Samma instans skall motivera till frivillig vård och formulera motiven för ett tvångsomhändertagande. Förtroendet bland missbrukare för socialtjänsten riskerar att allvarligt undergrävas och försvåra möjligheterna att på frivillig väg motivera klienterna för en behandling.

Göteborgs kommun anser att den hittillsvarande ordningen, där länsstyrelsen har utfört utredningarna, har fungerat tillfredsställande. Erfarenheterna i Göteborgs kommun bekräftar inte de farhågor om dubbelarbete som fanns vid tillkomsten av lagen.

Socialnämnden utreder den enskildes behov av bistånd och tar i samband därmed fram det utredningsunderlag som behövs för en bedömning av biståndsbehovet. Länsstyrelsen utreder ett eventuellt behov av tvångsvård, vilket förutsätter ett delvis annat utredningsunderlag. Med hänsyn till de starka frihetsingripande som tvångsvård innebär är det mycket viktigt att den utredning som föregår ansökan är tillräckligt omfattande och noggrann. Samma krav på omfattning och detaljeringsgrad behöver inte ställas på en biståndsutredning, som sker i samförstånd med den enskilde. Den här beskrivna ordningen bör bestå.

En utökning av socialnämndens utredningsskyldighet skulle också innebära en förskjutning av nämndens uppgifter mot ytterligare tvångsbetonade insatser.

TCO anser att den roll socialarbetaren har i missbruksarbetet redan i dag är svår.

Socialarbetaren lägger idag ner ett tidskrävande arbete för att få till stånd en förtroendefull och konstruktiv relation till missbrukaren. Detta kommer att bli omöjligt när socialarbetaren samtidigt ska ha omvärldens krav på sig om snabba och hårda tag. Tvånget kommer att hänga över både missbrukaren och socialarbetaren som ett hot. Detta leder till att socialarbetarens roll förskjuts från att tidigare främst ha stått på missbrukarens sida i kriser till att stå på andra sidan. Denna blandning av polisiära-, åklagar- och behandlingsfunktioner går enligt *TCO* inte att förena.

Enligt *TCO* får inte sådana lagändringar vidtas som innebär att missbrukaren kommer att vara rädd för kontakter med socialtjänsten och där kraven om ömsesidighet och självbestämmande riskerar att bli en schimär.

Föreningen Sveriges socialchefer framhåller att det

är viktigt att socialtjänsten i så stor utsträckning som möjligt kan koncentrera sig på behandlingen och att relationen till klienten inte störs av att socialarbetarna medverkar mer aktivt i utrednings- och beslutsprocessen. Förslaget om att socialnämnden skall upprätta en redogörelse avvisas därför av föreningen, liksom förslaget om att nämnden skall kunna besluta om omedelbart omhändertagande.

RFHL

RFHL avvisar det här förslaget med hänvisning till att vi redan har en rimlig ansvarsfördelning mellan inblandade parter. Socialnämndens huvudroll består i att ge stöd och behandling åt missbrukare. Den roll ska inte göras otydlig och uppgiften ska inte försvåras genom sammanblandning med aktivt utredningsarbete i fråga om tvångsomhändertaganden. Vi tror att beredningens förslag dessutom medför onödigt dubbelarbete och en byråkratisering av utredningsprocessen.

ALRO anser att förslaget i praktiken innebär

att den socialsekreterare som skall ge stöd, hjälp och service till den enskilde individen ena dagen, nästa dag kan föreslå tvångsvård och utreda förutsättningarna för densamma. Detta är helt oförenligt för en väl fungerande socialtjänst och kommer att leda till en misstro mot socialtjänsten både från enskilda och klientorganisationer.

Elva remissinstanser avstyrker beredningens förslag och förordar att socialnämnden får det fulla ansvaret för utredning och ansökan om vård enligt LVM. Dessa är *RA*, *statskontoret*, *LON*, *länsrätten i Malmöhus län*, *länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län*, *Malmö*, *Helsingborgs*, *Luleå* och *Uppsala kommuner*, *SACO/SR* och *RNS*.

RA

Som jag anförde 1981 torde det, vare sig man uttryckligen inordnar de nu aktuella tvångsåtgärderna i socialtjänsten eller formellt ställer dem utanför denna, för allmänheten liksom för den berörde missbrukaren ändå stå klart att det i realiteten är fråga om socialvårdens yttersta medel när det gäller att ingripa mot sociala missförhållanden. Detta kommer för övrigt med den nu föreslagna ordningen för omhändertagande och omedelbart omhändertagande att framstå i än tydligare dager. Jag förordar alltså att behörigheten att hos länsrätten ansöka om tvångsvård ges socialnämnden och att nämnden skall vara part i ansökningsärendet. Detta bör gälla också när ett omedelbart omhändertagande beslutats av polismyndighet.

I förevarande sammanhang vill jag slutligen framhålla att garanti för en enhetlig rättstillämpning skapas genom att tvångsvårdsärendena skall prövas av länsrätt och övriga allmänna förvaltningsdomstolar och inte genom att behörigheten att göra framställning om tvångsvård ligger hos länsstyrelsen.

Enligt statskontorets mening finns det starka skäl mot socialberedningens förslag. Lösningen innebär enligt statskontorets uppfattning en onödig omgång och fördröjning av behövliga insatser. Verket anser att det är naturligt att socialtjänsten har det fulla ansvaret för en ansökan till länsrätten om vård utan samtycke och för utredningen i samband därmed inklusive beslut om läkarundersökning m. m. De uppgifter och den personkännedom som behövs för att behovet av vård skall kunna bedömas finns hos socialnämnden, som därför är väl skickad att tillhandahålla länsrätten ett fullständigt underlag. Enligt betänkandet är det också socialnämnderna som oftast står bakom LVM-anmälan till länsstyrelserna.

Ett motiv till den av beredningen föreslagna ordningen är att ärendena härigenom skulle utredas och handläggas på ett enhetligt sätt inom länet. Statskontoret har svårt att inse att detta kräver ytterligare en instans före handläggningen i länsrätten. Kraven på rättssäkerhet och enhetlighet blir enligt statskontorets mening väl tillgodosedda genom prövningen i länsrätten under medverkan av företrädare för socialnämnd och genom den tillsyn länsstyrelsen utövar över socialnämnderna och vårdinstitutionerna.

Enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) åvilar det socialnämnden att hos länsrätten ansöka om vård enligt LVU. Enligt statskontorets mening bör samma ansökningsförfarande gälla för de till SoL knutna kompletterande lagarna LVU och LVM.

LON

LON avstyrker socialberedningens förslag att länsstyrelsen även i fortsättningen skall ansvara för ansökan och utredning till länsrätten. LON anser att detta ansvar bör ankomma på socialnämnderna.

Skälen till detta är följande.

LON anser att det från principiell synpunkt inte bör ankomma på ett regionalt statligt organ att handlägga den här typen av individärenden. Det bör i stället vara angeläget att renodla länsstyrelsens roll att utöva tillsyn över socialnämndernas hantering samt att ge stöd och råd. Det är därför viktigt att det på länsstyrelserna frigörs resurser för denna tillsynsverksamhet för att denna skall kunna bedrivas så effektivt som möjligt.

LON anser vidare att det förhållandet att en myndighet har utrednings- och ansökningsansvaret och en annan utför utredningsarbetet är organisatoriskt och administrativt krångligt. Det finns därmed stor risk för bl. a. gränsdragningsproblem och dubbelarbete. Även om beredningen försökt att eliminera en del dubbelarbete genom att föreslå en redovisningsskyldighet för socialnämnderna är detta otillräckligt eftersom det formella ansvaret kvarstår hos länsstyrelserna.

Skulle det likväl bli så att statsmakterna antar socialberedningens förslag att länsstyrelsen även fortsättningsvis skall ansvara för utredning och ansökan vill LON framhålla vikten av att dubbelarbete minimeras. Ansvarsfördelningen måste då klarläggas och vettiga rutiner måste utarbetas. LON är beredd att delta i ett sådant arbete.

Länsrätten i Malmöhus län

Länsrätten instämmer i den sakkunnige Bertil Håkanssons särskilda yttrande då han uttalar följande. "Resursförstärkningar och specialisering hos socialnämnderna säkerställer kompetens och rättssäkerhet och likformighet i tillämpningen av lagen i landet bevakas av länsrätterna och tillsynsmyndigheten utan att länsstyrelserna behöver delta i vare sig det

— — —
Länsrätten anser vidare inte att det gagnar rättssäkerheten att länsstyrelsen har möjlighet att skriva av ansökningsärenden, särskilt som länsstyrelsen inte har något inflytande över om det kommer någon vård till stånd efter ett beslut att inte ansöka. Med hänsyn till den enskildes vårdbehov kan det snarast vara till nackdel om en ansökan inte sker och det får till följd att vederbörande därefter inte får erforderlig vård. Beredningen nämner att så är fallet för åtskilliga missbrukare för vilka anmälan om behov av LVM-vård skett till länsstyrelse men länsstyrelsen inte ansökt om vård.

Länsrätten anser att det är ett rättssäkerhetskrav att samhället ingriper och bereder missbrukaren den vård som lagen föreskriver. Prövningen sker enligt länsrättens mening på det mest allsidiga sättet om socialnämnden direkt inför länsrätten lägger fram de skäl som nämnden anser utgör grund för LVM-vård. Länsrätten har goda erfarenheter av hur det var under de år då socialnämnden var ansökningsmyndighet med nuvarande LVM-lag. Det är möjligt att det kommer att bli procentuellt fler avslag på LVM-ansökningar om socialnämnderna söker vård, men det ligger i rättsväsendets uppgift, inte att i dom bekräfta att länsstyrelsernas urval av ansökningsärenden varit riktigt.

Länsrätten fortsätter:

Det har nu och tidigare framförts som skäl för länsstyrelsernas medverkan i ansökningsförfarandet att socialnämnderna av behandlingsmässiga skäl bör befrias från frågor som rör tvång och därför inte bör vara ansökningsmyndighet i LVM-ärenden. I praktiken torde det vara så att missbrukaren får besked av sin socialsekreterare att om han inte godtar och följer ett visst råd eller en plan för behandling, så kommer socialnämnden att anmäla behov av LVM-vård till länsstyrelsen, varefter länsstyrelsen kommer att ansöka och länsrätten besluta om vård. Ur den enskildes synpunkt torde den situationen innefatta lika mycket hot om tvång som om socialnämnden ansöker direkt hos länsrätten. Dessutom behöver, enligt länsrättens erfarenhet, behandlingsansvarig socialsekreterare ofta höras vid den muntliga förhandlingen i länsrätten eftersom vederbörande är den som bäst känner missbrukaren och hans förhållanden. Behandlingsansvarig är sålunda redna med nuvarande ordning direkt indragen i processen. Härtill kommer att socialnämnden, genom förslaget att ge socialnämnderna befogenhet att besluta om omedelbart omhändertagande, direkt kommer att engageras i tvångsåtgärderna. Länsrätten kan inte se något skäl till varför socialnämnden inte skulle fullfölja ett sådant beslut genom att ansöka om vård. Bedömningen att LVM behövs är gjord och missbrukaren har fått ta del av den bedömningen.

Länsrätten anser sålunda att socialnämnderna bör vara ansökningsmyndighet i LVM-mål.

Om länsstyrelse bibehålls som ansökningsmyndighet och utredningen som socialberedningen föreslagit skall göras av socialnämnden bör det i lag framhållas att utredaren vid länsstyrelsen ändå skall ta personlig kontakt med klienten innan ansökan ges in till länsrätten. Vidare bör de nuvarande möjligheterna att avskriva ansökningsärenden hos länsstyrelsen begränsas.

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län

Det finns starka skäl ur rättssäkerhetssynpunkt och för en enhetlig rättstillämpning som talar för att ansvaret för ansökan och utredning bör ligga på länsstyrelsen. Detta gäller inte minst om möjligheterna att ingripa med stöd av LVM vidgas. Till en del kan dessa intressen tillgodoses genom länssty-

relsens roll som tillsynsmyndighet över socialtjänsten. Urvalet av de människor som blir föremål för tvångsvård sker i första hand genom socialnämndernas olika sätt att arbeta med missbruksproblemen. Det är angeläget att länsstyrelsen kan frigöra resurser till att i sitt tillsynsarbete ägna sig åt mer övergripande frågor när det gäller socialnämndernas arbete med missbrukare. Socialberedningen har räknat med att sådana resurser kan frigöras genom att socialnämnderna spelar en aktivare roll under utredningen av LVM-ärenden. Den föreslagna lagändringen kommer troligen inte att minska länsstyrelsens arbetsvolym avseende LVM-utredningar, i synnerhet inte som antalet ärenden kan förväntas öka om lagens tillämpningsområde utökas. Länsstyrelsen har ansvaret för att utredningen blir fullständig. Genom den föreslagna 37 § markeras att länsstyrelsen skall handlägga ärenden enligt LVM skyndsamt.

Länsstyrelsen anser att socialberedningens förslag angående ansvaret för ansökan och utredning är en orimlig kompromiss.

Avgränsningen mellan länsstyrelsens och socialnämndens ansvarsområden blir i det praktiska arbetet ännu mera oklar än med nuvarande lag. Om socialnämndens befattning med tvångsåtgärder mot vuxna missbrukare skall utökas är det enligt länsstyrelsens uppfattning bättre att hela ansvaret för utredning och ansökan återförs till socialnämnden. Länsstyrelsen får då en mera renodlad roll som tillsynsmyndighet och som sakkunnig i länsrätten. Länsstyrelsen kan med denna ansvarsfördelning fylla en viktig funktion även i enskilda ärenden enligt LVM på samma sätt som sker i mål enligt LVU i dag.

Malmö kommun

Det är socialnämndens ansvar att de missbrukare som vistas i kommunen erhåller erforderlig vård. Nämnden har oftast haft en långvarig kontakt med missbrukaren innan förhållandena blir sådana att en vårdansökan aktualiseras. Den nuvarande ordningen med anmälan till länsstyrelsen som också skall göra en utredning innebär onödigt dubbelarbete. I alltför många fall har anmälan lett till avskrivning hos länsstyrelsen. Även ur rättssäkerhetssynpunkt skall prövningen ske i länsrätten och inte av länsstyrelsen. Enligt nämndens mening är det både ändamålsenligt och naturligt att det är socialnämnden som ansöker om vård och själv för talan i länsrätten. Länsstyrelsens funktion som tillsynsorgan bör liksom i LVM-mål tillvaratas som sakkunnig åt länsrätten, socialnämnden och den enskilde.

Luleå kommun

Rättssäkerheten kan tillgodoses på olika sätt och länsstyrelsens personal finns alltid att tillgå. Att lagens tillämpningsområde utvidgats är inte tillräcklig grund för den föreslagna ordningen. Att i tider av avbyråkratisering plädera för något som leder till det motsatta, är svårt att förstå, när erfarenheterna av det som gällt hittills är ett många gånger ineffektivt dubbelarbete. Detta förhållande kan åtgärdas genom att socialnämnden får befogenhet att i likhet med handläggningen av LVU-ärenden, initiera, utreda och ansöka om LVM-vård direkt till länsrätten.

Uppsala kommun påpekar att det i dag görs mycket olika bedömningar i LVM-ärenden hos de olika länsstyrelserna.

Länsstyrelserna som de fungerar i dag är ingen garant för en enhetlig rättstillämpning. Även om socialnämnden skulle ansvara för hela utredningsförfarandet så ska ärendet underställas länsrättens prövning. Med utgångspunkt från gällande lagstiftning ska rättstillämpningen utformas i länsrätten och detta förfarande bör ge fullgod rättssäkerhet. I ärenden enligt LVU (lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga) så är det socialnämnden som initierar och utreder dessa. Det är också socialnämnden som ansöker om vård hos länsrätten och för talan i domstolen. Kommunstyrelsen anser att det bör vara möjligt att ha samma utrednings- och ansökningsförfarande för LVM som för LVU. En annan viktig aspekt är insynen av de folkvalda representanterna i socialnämnden i dessa typer av ärenden med långt gående tvångsinsatser mot enskilda. *Hela ansöknings- och utredningsförfarandet bör således ligga på socialnämnden.*

SACO/SR delar inte beredningens uppfattning om behovet av en enhetlig rättstillämpning såsom skäl för förslaget.

En enhetlig rättstillämpning säkras genom domstolarnas handläggning av ärenden.

Beredningen hävdar att socialnämndernas olika utgångspunkter och prioriteringar omöjliggör eller undergräver enhetlighet i rättstillämpning. Detta skulle motverkas av att en utomstående myndighet bedömer när möjligheter till frivillig vård är uttömda. I analogi med detta resonemang skulle krävas att alla kommuner hade exakt likadana och lika stora resurser för förebyggande åtgärder. Förvisso är behovet av en jämnare standard på frivilligvården stort. Detta liksom en enhetlig rättstillämpning uppnås dock inte genom en dubbel prövning innan ansökan görs.

— — —

Enligt *SACO/SR*:s mening är det oklart varför beredningen kommer till slutsatsen att ansvar för ansökan skall ligga kvar hos länsstyrelsen. De resonemang om dubbelarbete, om SoL 50 § och socialnämndens allmänna arbete med missbruksfrågor och arbete med frivilliga insatser för individer talar för att ansvaret för ansökan skall föras över till socialnämnden.

RNS

RNS anser det fel att länsstyrelserna förblir den instans som har att ansöka om LVM-vård hos länsrätten. Eftersom *SN* har det övergripande ansvaret för missbrukaren skall den självklart också ha rätt att ansöka när den finner det befogat. Med den nuvarande ordningen kan en enskild tjänsteman på länsstyrelsen förhindra *SN* att fullgöra sina åligganden. Detta är mycket otillfredsställande. Dessutom visar *SB*:s dokumentation att drygt hälften av anmälningarna till länsstyrelserna inte förs vidare till länsrätt, eftersom länsstyrelserna bedömer att de frivilliga åtgärderna inte är uttömda. De fall som läggs ned tycks allt för ofta dock inte komma i åtnjutande av konstruktiva insatser. Det finns anledning befara att den byråkratiska omvägen över länsstyrelsen i många fall förhindrar adekvata vårdinsatser. I synnerhet som länsrätten bifaller nästan samtliga ansökningar från länsstyrelserna.

Länsstyrelsen borde snarare få en mer övergripande, stödjande funktion för kommunerna. Man skulle t. ex. kunna vara behjälplig vid bedömningar, praxis, lagtolkningar, osv.

Tre remissinstanser, *Svenska kommunförbundet*, *LO* och *FMN* är tveksamma till beredningens förslag.

Den ordning som nu gällt några år har, så som beredningen redovisar, varit utsatt för kritik. Det förslag som beredningen nu lägger innebär en förskjutning av utredningsarbetet från länsstyrelsen till nämnden. På detta sätt blir två instanser ansvariga i sammanhanget. Enligt styrelsen är ett renodlat ansvar på en hand att föredra. Styrelsen vill uttrycka sin tveksamhet rent principiellt mot lösningen också av en annan orsak. Beredningen ser det som en fördel att en utomstående myndighet, länsstyrelsen, får pröva kvaliteten på nämndens insatser. Förbundsstyrelsen hävdar att det är domstolens sak att göra denna prövning. Att en tjänsteman på länsstyrelsen "godkänner" resp. "underkänner" en socialnämnds arbete är från demokratisk synpunkt betänkligt.

LO är tveksam till förslaget att socialnämnden skall spela en aktivare roll under utredningen om vård enligt LVM.

Dagens förfarande fungerar enligt vår erfarenhet tillfredsställande. Dessutom innebär beredningens förslag en risk för att missbrukarnas förtroende för socialtjänsten rubbas samtidigt som rättssäkerheten kan ifrågasättas när socialtjänsten övertar en del av länsstyrelsens roll. I stället bör länsstyrelsen rustas att klara det nödvändiga utredningsarbetet.

FMN

FMN finner det inte självklart att länsstyrelsen – mot bakgrund av att de är tillsynsmyndighet gentemot socialnämnden vilken å sin sida har det slutliga ansvaret för individen – även framledes skall ansvara för utredning och ansökan till länsrätten. Å andra sidan instämmer vi i att det finns en risk för olika bedömningar och prioriteringar om ansökningsrätten till domstol helt förs över till socialnämnden.

Med utgångspunkt från förslaget om att socialnämnden ändå skall utföra LVM-utredningen bör den också – med tanke på fastlagt ansvar – beredas möjlighet att göra en egen LVM-ansökan till länsrätten. Således att såväl länsstyrelsen som socialnämnd medges ansökningsrätt men att utredningsunderlag, bedömning och ansökan alltid tillställs länsstyrelsen för yttrande i de fall en socialnämnd gjort framställan.

BRÅ, UIIÄ, AMS, SCB, Landstingsförbundet, Örebro läns landsting, Behandlingshemmens riksförbund och IOGT/NTO behandlar inte frågan.

3.5 Omedelbara omhändertaganden

En betydande majoritet av de remissinstanser som tagit ställning i frågan tillstyrker förslaget att både socialnämnden och polisen ges rätt att besluta om omedelbara omhändertaganden med stöd av lagen. Dessa är *RÅ, domstolsverket, RPS, kriminalvårdsstyrelsen, socialstyrelsen, statskontoret, kammarrätterna i Stockholm och Jönköping, länsrätterna i Malmöhus och Jämtlands län, länsstyrelserna i Stockholms, Göteborgs och Bohus samt Kopparbergs län, Stockholms, Göteborgs, Malmö, Helsingborgs, Luleå, Solna och Uppsala kommuner, Skaraborgs läns landsting, Behandlingshemmens riksförbund, RNS och FMN.*

RÅ har ingenting att invända mot förslaget men anser att även länsstyrelsen bör ha möjlighet att besluta om omedelbart omhändertagande om den nuvarande ordningen med länsstyrelsen som huvudman för utrednings- och ansökningsförfarandet bibehålls.

RPS välkomnar förslaget.

Genom förslaget har beredningen fastslagit att socialtjänsten har primäransvaret även för tvångsvården av alla missbrukare. Polismyndigheterna skall självklart ta ansvar även för dessa personer men ansvaret måste anses vara subsidiärt mot socialtjänsten. Förslaget innebär, som tidigare framhållits, att en fungerande beredskaps- eller jourverksamhet måste inrättas inom socialtjänsten. Förslaget medför också att socialtjänsten kan undvika att komma i konflikt med sekretesslagens bestämmelser.

Socialstyrelsen kommenterar också förslaget att läkare skall åläggas att anmäla behov av omedelbart omhändertagande direkt till socialnämnden om behovet av vård inte kan tillgodoses inom sjukvården.

Regeln har, enligt beredningen, införts för att en läkare i brådskande fall inte skall behöva vänta med en anmälan till dess länsstyrelsen kan ta emot en sådan. Den mottagande myndigheten, socialnämnden, kan därefter fatta ett direkt beslut. Socialstyrelsen finner bestämmelsen ändamålsenlig och instämmer i beredningens förslag.

Kammarrätten i Stockholm hänvisar till socialtjänstens yttersta ansvar och finner det

ändamålsenligt att nämnden får en möjlighet att själv agera i dessa situationer för att undvika tidsförlust. Nämnden bör åläggas att underrätta länsrätten så snart som ett omhändertagande har skett.

Kammarrätten kommenterar vidare beredningens konstaterande att praxis i fråga om omhändertaganden varierar mellan polisdistrikten.

Med anledning av vad beredningen har anfört i denna del vill kammarrätten påpeka att det kan förhålla sig så att polismyndigheterna på sina håll är alltför lite benägna att tillgripa tvångsomhändertagande. Det är på sådana orter inte givet att socialtjänsten är medveten om förhållandet (jfr bet. s. 309). Även här behövs en dialog. För att förebygga bristande enhetlighet vid rättstillämpningen bör av motiven klart framgå hur reglerna skall tolkas. Komplettering med allmänna råd och anvisningar bör undvikas.

Länsrätten i Malmöhus län anser att även socialnämnden bör få befogenhet att besluta om omedelbart omhändertagande men har invändningar med vissa av beredningens resonemang i betänkandet.

Länsrätten framhåller bl. a. följande.

Enligt beredningens förslag skall rikspolisstyrelsen och socialstyrelsen utarbeta anvisningar för omedelbara omhändertaganden. Enligt länsrättens mening skall frågor som gäller frihetsberövanden regleras uttömmande i lag, inte i anvisningar från myndigheter.

Länsstyrelsen i Stockholms län framhåller att det från rättssäkerhetssynpunkt är viktigt att samma principer som nu gäller för lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga följs, dvs. att det omedelbara omhändertagandet beslutas av socialnämndens ordförande eller ledamot som nämnden förordnat för uppgiften.

I direkt anslutning till ett omedelbart omhändertagande kan socialnämnden med en sådan ordning omgående påbörja en LVM-utredning, vilket innebär att utredningstiden kan hållas kort. I det fall missbrukaren är aktuell inom sjukvården och ansvarig läkare bedömer, att ett omedelbart omhändertagande bör ske med stöd av LVM, måste enligt länsstyrelsens uppfattning anmälan därom gå direkt till socialnämnden.

Uppsala kommun och *FMN* understryker särskilt att den föreslagna beslutsordningen har betydelse för anhöriga till missbrukare som kan vända sig direkt till socialtjänsten i akuta situationer. Med nuvarande regler måste socialnämnden hänvisa till polismyndigheten om det finns behov av ett snabbt ingripande och missbrukaren inte samtycker till vård.

Sju av remissinstanserna avstyrker förslaget. Dessa är *länsrätten i Stockholms län*, *Norrköpings kommun*, *TCO*, *Föreningen Sveriges socialchefer*, *RFHL*, *ALRO* och *Verdandi*.

Länsrätten i Stockholms län

De skäl som socialberedningen åberopat för att befogenheten ges till socialnämnden framstår inte som helt bärande. Eftersom besluten inte får fattas av den handläggande tjänstemannen själv utan måste föredras för annan är det från de utgångspunkter som beredningen hänfört sig till tämligen likvärdigt om besluten fattas av socialnämnd/nämndledamot eller av tjänsteman vid länsstyrelsen. Det finns dessutom ett antal skäl som socialberedningen inte berört i betänkandet.

För länsstyrelsebeslut talar till en början intresset av en enhetlig praxis. Länsstyrelsen har vidare en större beslutskompetens. För länsstyrelsen talar också det förhållandet att länsstyrelsen har det slutliga avgörandet när det gäller frågan om talan om vård skall väckas. Det framstår som bakvänt om den instans som tilldelats uppgiften att besluta i fråga om ansökningar skulle behöva under utredningsskedet vända sig till sitt utredningsorgan med en begäran om ett omhändertagandebeslut. Ännu olyckligare skulle det kunna bli om länsstyrelsen stannar för att ansökan om vård ej skall göras samtidigt som socialnämnden beslutar om omedelbart omhändertagande. Om beslutsbefogenheten ges till socialnämnden kommer tjänsteman vid länsstyrelsen att åtminstone i vissa situationer få en olycklig överprövande roll i förhållande till kommunala förtroendemannabeslut. Ges beslutsbefogenheten till länsstyrelsen behövs ingen ändring i fråga om läkarnas anmälningar enligt 30 § LVM. Socialnämnderna slipper en för deras del icke önskvärd roll i tvångsprocessen.

Trots att socialnämnden befinner sig närmare missbrukaren både instansmässigt och i rummet och trots att det också kan uppstå kompetenskonflikter mellan LVU och LVM beträffande en 19-årig missbrukare förordar länsrätten på anförda skäl att beslutsbefogenheten ges till länsstyrelsen.

TCO anser att nuvarande ordning har fungerat tillfyllest och utan anmärkingar.

Att ge ökade befogenheter till socialnämnden vid en tidpunkt då många kommuner står inför en övergång till kommundelsnämnder och slopande av de centrala nämnderna ser TCO som mycket olämpligt. Det är svårt att se hur de nya kommundelsnämnderna kan ha erhållit den kompetens som krävs i dessa svåra beslut.

Föreningen Sveriges socialchefer framhåller att det är viktigt att se förslaget i samband med övriga förslag till förändringar.

Befogenheter att omedelbart omhänderta i förening med vidare indikationer och obligatorieprincipen, förstärker ytterligare svårigheterna att arbeta långsiktigt motiverande. Socialtjänsten riskerar också ånyo att få starka krav på sig att omhänderta missbrukare som uppfattas som störande för omgivningen och vårdsynpunkterna riskerar att få stå tillbaka för samhällsskyddssynpunkter.

ALRO anser att beredningens förslag är "helt förödande mot bakgrund av de rättshaverier som inträffat inom ramen för LVU, där ordförandebeslut på lösa grunder lett till tragedier för både barn och föräldrar". *Verdandi* "anser att förslaget att ge socialnämnden rätt att besluta om omedelbart omhändertagande bidrar till att förstärka de negativa effekterna på socialtjänstens roll, förtroendet för socialtjänsten och benägenheten att söka stöd som vi tidigare nämnt. Nuvarande ordning där endast polismyndigheten har denna möjlighet är fullt tillräcklig".

Två av remissinstanserna är tveksamma till beredningens förslag. *Arvika kommun* anser att sekretesslagen bör kunna ändras om den hindrar kommunikation mellan socialnämnden och polisen i ärenden som rör omedelbara omhändertaganden. *LO* är tveksam till förslaget av samma skäl som organisationen anfört beträffande socialnämndens aktivare roll i utredningsarbetet.

BRÅ, UHÅ, AMS, RRV, SCB, LON, JO, de båda kommunförbunden, Örebro läns landsting, SACO/SR och IOGT/NTO behandlar inte frågan.

3.7 Vårdtidens längd och vårdtidsberäkningen

En majoritet av de remissinstanser som har tagit ställning i dessa frågor tillstyrker beredningens förslag i fråga om vårdtidens längd samt förslaget om hur vårdtiden skall beräknas. Dessa är *domstolsverket, RPS, kriminalvårdsstyrelsen, socialstyrelsen, kammarrätterna i Stockholm och Jönköping, länsrätterna i Stockholms och Jämtlands län, länsstyrelserna i Stockholms, Göteborgs och Bohus samt Kopparbergs län, JO, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, flertalet kommuner (Stockholm, Göteborg, Malmö, Arvika, Helsingborg, Luleå, Solna och Uppsala), Skaraborgs och Örebro läns landsting, Behandlingshemmens riksförbund och FMN*.

RPS framhåller att vårdtidens förlängning till sex månader verksamt kan komma att bidra till förbättrade vårdresultat.

Särskilt välbetänt är det att endast faktisk vårdtid skall räknas. Den

förlängda vårdtiden gynnar framför allt de äldre och långvariga missbrukarna samt narkotikamissbrukarna. Det tar ofta mycket lång tid att få dessa grupper motiverade till frivillig vård. Ändamålet med tvångsvården är ju förutom medicinsk vård just att få missbrukarna motiverade för frivillig vård när tvångsvården upphör.

Kriminalvårdsstyrelsen påpekar att det

är angeläget att ett ärende angående ansökan om tvångsvård eller föranstaltandet av vård enligt LVM inte avskrivs av den anledningen att missbrukaren är eller blir intagen i kriminalvårdsanstalt för verkställighet av ett kortare fängelsestraff. Det är många gånger så att en grav missbrukare genom en kortare tids fängelsevistelse visserligen erhåller en fysisk återhämtning från sitt missbruk men vid frigivningen återfaller i gravt missbruk. Enligt styrelsens mening är det helt förenligt med lagförslagens anda att handläggningen av ärenden av denna typ fortskrider oaktat missbrukaren tillfälligtvis genom kriminalvårdens försorg kan beredas en missbruksfri tillvaro.

Socialstyrelsen konstaterar att det inte går att hänvisa till vetenskapliga eller erfarenhetsbaserade rön som stöder förslaget om sex månaders vårdtid.

Socialstyrelsen anser emellertid dels att det är viktigt att tvångsvården begränsas till vad som är oundgängligen nödvändigt för att uppnå syftet med vården, dels att en övre gräns fastställs inom vilken det förefaller rimligt att uppnå målet med tvångsvården i flertalet fall. Styrelsen finner ej skäl att förespråka någon annan avgränsning av vårdtidens längd än den beredningen föreslår och instämmer i att huvudregeln alltså bör vara att tvångsvården skall upphöra när syftet med vården uppnåtts. Likaså ställer sig styrelsen bakom förslaget att avskaffa förlängningsinstrumentet.

Socialstyrelsen föreslår emellertid – till skillnad från beredningen – att vårdtiden skall räknas från verkställigheten av beslutet om omedelbart omhändertagande eller länsrättens beslut om vård, om detta inte föregåtts av ett omedelbart omhändertagande.

Den enskilda klienten vet ofta inte när beslutet om intagning skedde men är klar över när han kom till institutionen eller sjukhuset. Socialstyrelsen har också erfaren att det ibland skapar oreda och osäkerhet om hur vårdtiden skall beräknas när beslutet om intagning, så kallad inskrivning, och den faktiska intagningen sker vid olika tidpunkter. Styrelsen föreslår därför att 20 § ändras så att det framgår att vårdtiden räknas från den dag när beslutet om omedelbart omhändertagande eller vård verkställs genom intagning i LVM-institution eller på sjukhus enligt 23 §.

Socialstyrelsen framhåller vidare att det är en allvarlig brist att avvikningstid räknas som vårdtid i nuvarande LVM. Styrelsen, som mottagit upprepade påpekanden om detta från socialsekreterare och personal på LVM-hemmen, instämmer i beredningens förslag om hur vårdtiden bör räknas.

Kammarrätten i Stockholm finner den förlängning av vårdtiden som föreslås väl avvägd.

Det är en klar fördel att tiden börjar löpa först när intagning sker. I 20 § i förslaget till lagtext anges att vården inleds genom beslut om intagning. Det är, bl. a. i klarhetens intresse, önskvärt att texten utformas så att därav framgår att beslut om intagning fattas när den intagne inställs på LVM-hemmet eller, när vården inleds på sjukhus, samma dag som missbrukaren inställs på sjukhuset (jfr bet. s. 381).

Kammarrätten har tidigare påpekat, att det inte framstår som rimligt att den tid missbrukaren olovligt vistas utanför LVM-hemmet inräknas i vårdtiden. Domstolen finner bestämmelsen i 21 § i förslaget om avräkning från vårdtid angelägen.

Kammarrätten i Jönköping

Kammarrätten förutsätter att under vårdtiden vissa av de metoder med en intensiv terapi under kortare tid som framgångsrikt använts av ideella och privata organisationer, och som i någon mindre mån redan tillämpas vid några få av de kommunala vårdanstalterna, kommer att användas i allt större utsträckning på LVM-hemmen. Emellertid kan inte en missbrukare som tvångsintas på ett behandlingshem framgångsrikt behandlas enligt dessa metoder utan att först ha motiverats till vården. Troligen kommer två till tre månader att behövas för denna motivation och för att skapa insikt hos missbrukaren om hans situation. Därefter bör vården kunna övergå i den intensiva terapin men det viktigaste för en framgångsrik behandling är uppföljningen efteråt, vilket kommittén också beaktat.

Länsrätten i Stockholm anser att erfarenheterna med önskvärd tydlighet visar att den nuvarande vårdtiden ofta är för kort för att uppnå syftet med vården. Vårdtiden bör också i högre grad än för närvarande kunna utnyttjas för att på försök pröva andra vårdformer än LVM-hem.

Vårdtiden behöver sålunda förlängas. Förslaget om en längsta tid av sex månader framstår för länsrätten som väl avvägt. Självklart skall vården i det enskilda fallet inte pågå längre än som är påkallat. Förslaget om anmälningsskyldighet till institutionens styrelse så snart en missbrukare vistats tre månader på institutionen förefaller väl ägnat att kunna tjäna som en garanti mot opåkallat långa vårdtider.

Länsrätten ansluter sig till förslagen i fråga om beräkningen av vårdtiden. Utöver de skäl som socialberedningen åberopat vill länsrätten framhålla att nuvarande ordning — då även den tid under vilken någon är avviken räknas som vårdtid och då den som avvikit ibland kan belönas med utskrivning — självfallet är ägnad att öka rymningsbenägenheten.

Länsstyrelsen i Stockholms län

Av tillgänglig statistik framgår att nästan hälften av samtliga LVM-klienter har tidigare vårdperioder bakom sig och att 15 procent aktualiserats för ny LVM-vård inom loppet av ett år. Länsstyrelsen utgår från att återfallsfrekvensen dels kan bero på avsaknaden av bra institutionsplatser, dels kan höra samman med att vårdtiden varit för kort, vilket försvårat ett effektivt motivationsarbete. Behandlingsmässiga skäl talar för en relativt lång vårdtid med stöd av LVM. Detta utesluter enligt länsstyrelsens mening inte att andra vårdformer prövas under den tid LVM är aktuell.

Många såväl yngre som äldre missbrukare saknar både arbete och bostad på hemorten. Det sociala skyddsnätet är för dessa grovmaskigt. I sämsta fall utgörs "skyddsnätet" av andra missbrukare. För att skapa

möjligheter att ordna med bostad/arbete krävs enligt länsstyrelsens uppfattning en längre behandlingsinsats på institution. Länsstyrelsen tillstyrker därför beredningens förslag att vårdtiden enligt LVM förlängs till att omfatta en tid av sex månader. Länsstyrelsen ansluter sig vidare till beredningens uppfattning om att beräkningen av vårdtiden bör vara rätts-säker och okomplicerad. För missbrukaren är det nödvändigt att vårdti-dens längd är förutsebar. Länsstyrelsen anser det också riktigt att en olovlig vistelse utanför LVM-hemmet inte bör få räknas som vårdtid.

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län tillstyrker socialberedningens förslag att förlänga vårdtiden till sex månader.

Det är också bra att vårdtidsberäkningen klart regleras i lagen. Den före-slagna beräkningen av s. k. effektiv vårdtid får dock den orimliga conse-kvensen att ett domstolsbeslut kan komma att gälla under mycket lång tid. Enligt förslaget upphör rättens beslut om tvångsvård att gälla först när missbrukaren under mer än sex månader i följd olovligen vistats utanför LVM-hem eller varit intagen i häkte eller kriminalvårdsanstalt.

Länsstyrelsen i Kopparbergs län biträder socialberedningens uppfattning om förlängd vårdtid.

Huvudregeln blir att tvångsvården skall upphöra så snart syftet med vår-den är uppnått och bara i undantagsfall gälla i sex månader. Det är viktigt med längre vårdtid vid vård av unga missbrukare och narkotikamissbruka-re då erfarenheter visat att det behövs en lång motivationstid, kontinuitet och planmässighet i vården. Lagförslaget betonar att vården så fort som möjligt skall övergå till fortsatt vård i frivilliga former. Det ställer stora krav på socialnämnden att arbeta med andra lösningar än tvångsvård, som skall ses dels som ett instrument att bryta ett destruktivt liv och dels som en inledning till frivillig vård på behandlingshem eller i öppna former.

JO påtalar att en av de stora bristerna har varit att vården på en institution inte kommit att utgöra det led i en väl sammanhållen vård och behandling som var avsikten med lagen.

Institutionsvistelsen, ofta förlängd till fyra månader, har inte följts av en tillfredsställande eftervård. Vistelsen på institutionen har i sig inte kunnat utgöra grund för en varaktig förändring av missbrukarens situation.

Såsom jag redan inledningsvis har framhållit har LVM inte tillämpats på det sätt som avsågs vid lagens tillkomst. De erfarenheter som nu föreligger visar på behovet av ett ökat ansvarstagande för socialnämnden med en rätt och en skyldighet för nämnden att under en längre tidsperiod tillse att missbrukaren får den vård och den behandling samt den hjälp som han i övrigt kan behöva för att komma ifrån sitt missbruk. Tvånget inom social-tjänsten får sitt berättigande först om det görs villkorat av en skyldighet för samhället att tillhandahålla de resurser, som i det enskilda fallet är bäst för missbrukaren. Det innebär att lagen inte ensidigt bör vara inriktad mot tvångsvård på institution utan av lagen bör framgå att socialnämnden har det fulla ansvaret för missbrukaren under den tid vård med stöd av lagen får pågå. Det innebär att socialnämnden utifrån omständigheterna i det enskilda fallet skall kunna anvisa olika behandlingsalternativ från boende i ett familjehem till tvångsvård på ett hem för särskild tillsyn.

Svenska kommunförbundet betonar att en utveckling mot ökade tvångsmöjligheter – både vad avser personkrets och vårdtid – naturligtvis inte är önskvärd.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 3

Samtidigt måste emellertid styrelsen vara enig med beredningen om att situationen på missbruksområdet är synnerligen allvarlig särskilt mot bakgrund av smittspridningen av HIV i narkotikakretsar. Och valet står – vilket framförts i debatten – inte mellan tvång eller frivillig vård för den mycket svårt utslagna gruppen missbrukare. Valet står mellan tvång eller ingen vård alls. När detta sagts måste emellertid förbundsstyrelsen omedelbart påpeka det självklara att avgörande för hela frågan är vårdens innehåll. Låg kvalitet på vården – parad med ökade grunder och förlängd vårdtid – är ett steg tillbaka i utvecklingen.

Göteborgs kommun framhåller att en förutsättning för att en förlängd vårdtid skall få avsedd effekt är att de behandlingshem som normalt tar emot personer på frivillig grund är beredda att även ta emot personer under pågående LVM-vård.

Arvika kommun ställer sig bakom förslaget om ökad vårdtid men betonar att frågan om den ekonomiska resursökningen för kommunerna för att klara detta åtagande måste lösas.

Helsingborgs kommun har uppfattningen att den maximala vårdtiden i den absoluta merparten av "fallen" ej kommer att tillämpas. Den längre vårdtiden kan förväntas leda till större möjlighet till individuell vårdplanering.

Luleå kommun

Att förmå en missbrukare att under tvång upphöra med ett avancerat missbruk med andra ambitioner än att avvärja akuta vårdbehov, är en utomordentligt svår uppgift. Om missbrukaren inte själv tar ställning för att leva ett fritt och självständigt liv utan droger och under ordnade förhållanden, kan på sikt inget framgångsrikt behandlingsarbete bedrivas. Tvångsvården kan bidra med perioder av drogfrihet som kan förlängas genom långsiktiga och väl planerade eftervårdsprogram. Förändringsarbete kan inledas men inte fullföljas med tvång. Genom den förlängda vårdtiden finns möjligheter att kombinera vården på LVM-hemmen med vård i andra former, till exempel genom frivillig placering på kommunalt eller enskilt behandlingshem, familjehemsvård eller strukturerade behandlingsprogram inom öppenvården. Om de frivilliga behandlingsöverenskommelserna inte efterlevs, återförs missbrukaren till LVM-hemmet.

Att det är möjligt att uppnå positiva och varaktiga behandlingsresultat med tvångsvård har erfarenheterna från behandlingshem för ungdomar under 20 år utvisat.

Om liknande resultat skall vara möjliga att uppnå vid tvångsvård av narkotikamissbrukare och vuxna, yngre missbrukare med jämförelsevis höga rehabiliteringsmål, måste en skyndsam utbyggnad av olika behandlingsalternativ komma till stånd.

Uppsala kommun

Kommunstyrelsen är positiv till förlängningen av vårdtiden med de föreslagna möjligheterna genom instrumentet vård i annan form (26–28 §§) med en möjlighet till en tidig utslussning från LVM-hemmet. Vård skall då

kunna komma i fråga på behandlingsshem, i familjevård eller öppen vård. Kommunstyrelsen ställer sig bakom det viktiga motivet till en förlängning av vårdtiden att just ha möjligheten att under ett inledningsskede omgärda vård utanför LVM-hemmet med ett visst tvång.

Kommunstyrelsen ser också positivt på den föreslagna förändringen att tid då missbrukaren olovligen vistas utanför hemmet eller är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt skall avräknas från vårdtiden. Som det hittills varit, har denna tid räknats som vårdtid, vilket ibland lett till nästan absurda situationer då klienten under tiden för LVM knappt varit närvarande på LVM-institutionen.

Skaraborgs läns landsting

Socialvårdsnämnden har många gånger vid behandling av förslag om förlängning av vårdtiden enligt LVM § 16 konstaterat att den hittillsvarande vårdtiden om två månader är för kort för att förmå vissa missbrukare att acceptera vård i frivilliga former. Samtidigt är förlängningsinstrumentet i sig tveeggat, genom att behandlingssituationen ofta försämrats genom förslaget och beslutet om förlängning.

I lagkommentaren anges att om missbrukaren själv vill och det finns möjligheter att behålla honom på LVM-hemmet, kan han naturligtvis bli kvar där även efter utskrivningen från vården enligt LVM. Socialvårdsnämnden anser att det i många fall är naturligt att så sker. Kontinuiteten i vårdarbetet finns kvar och därmed många gånger bättre förutsättningar att nå det eftersträfvade målet.

En sådan förändring skall naturligtvis ske efter sedvanligt samråd mellan institutionen och socialnämnden och föregås av ett normalt beslut i socialnämnden.

Örebro läns landsting gör bedömningen att de föreslagna förändringarna i fråga om vårdtidens längd samt beräkningen av vårdtiden är realistiska.

Behandlingsshemmens riksförbund framhåller att det är till fördel att förlängningsbesluten försvinner och att vårdtiden förlängs till sex månader.

Två remissinstanser vill gå längre än beredningen och förordar längre vårdtider. *RÅ* anser att eftersom erfarenheterna från de behandlingskollektiv som arbetar med missbrukare under 20 år pekar på att ett tillfredsställande resultat ofta kräver minst ett års behandling borde den längsta vårdtiden inte understiga ett år.

RNS anser att den föreslagna maximala vårdtiden är för kort.

Visserligen kommer enligt förslaget de nuvarande 2 (+2) månaderna att förlängas till 6 månader. Men hade man i stället valt en annan lagkonstruktion med bl. a. möjlighet till vilande resolution så skulle en väsentligt längre vårdtid som påtryckningsmedel skapa förutsättning för behandling i öppnare former utan att först kravet på ett kortare gästspel på en institution vara uppfyllt. Beredningen avvisar inte bara denna möjlighet utan alla möjligheter till tvingande åtgärder av mindre genomgripande karaktär vilka dessutom skulle kunna fylla glappet mellan SoL:s frivillighet och LVM-lagens omhändertagande.

Även om det nuvarande lagförslaget ger samhället utvidgade befogenheter att ingripa mot missbruk så kan i praktiken bara de mest nedgångna beredas vård vid någon institution. Om ansvariga myndigheter skall ha en

rimlig chans att tillnärmelsevis tillgodose de enorma kvantitativa och kvalitativa behandlingsbehoven måste de enligt RNS' synsätt kunna tillgripa åtgärder under villkor som kan rubriceras som "mellantvång – tvång i frihet".

RNS anser att den möjliga vårtiden bör sättas till sex månader med möjlighet till förlängning i ytterligare maximalt sex månader.

TCO och IOGT/NTO tar inte uttrycklig ställning till vårdtidens längd.

TCO avvisar allt tvång som inte kan hänföras till de speciella situationer som uppstår när frivilligvård visat sig otillräckligt. Ett sådant vårdtvång framstår som särskilt oacceptabelt om resurserna för vården under den tid tvånget omfattar är bristfälliga. *TCO* kan inte acceptera att man använder en vårdlag för förvaring. *TCO* accepterar däremot LVM med tvångsvård i vissa speciella situationer, men anser att starkt utökade resurser för vård och behandling behövs.

I dessa situationer skall tvånget ses som en möjlighet till frihet från missbruk till skillnad från tvånget att missbruka. Missbrukaren själv kan inte i detta skede inse värdet av denna behandling men väl förhoppningsvis i ett senare skede när problemen bearbetats. *TCO* vill därför poängtera vikten av att tvångsvården upphör så snart missbrukaren är villig att ta emot frivilligvård och att målsättning för detta bör vara före utsatta maxgränser.

— — —

TCO tillstyrker att tid utanför LVM-hemmet inte inräknas i tiden för tvångsvården.

IOGT/NTO

IOGT/NTO anser att tvång behövs i vissa lägen för att rädda människoliv och inleda ett motivationsarbete. Tvång är då en akutinsats och hjälp för stunden. Det finns dock ingen forskning eller egentlig erfarenhet som visar att tvånget skulle ha en avgörande betydelse för att åstadkomma en brytning med missbruket och dess destruktiva effekter och för att bryta social isolering.

Den svagaste punkten i vårdarbetet är i dag den s. k. eftervården. Många missbrukare genomgår framgångsrika behandlingsprogram. Men efter programets slut har de att återvända till tidigare miljöer i vilka inga förändringar skett. Långsiktigt framgångsrik vård måste ha som en av sina viktigaste inslag miljöarbete och familjebehandling. Efter den egentliga behandlingstidens slut bör den tidigare missbrukaren få möjlighet att återvända till en annorlunda livsföring och med nya inslag i sin personliga livsmiljö. Detta kommer nu att provas i bl. a. *IOGT/NTOs* vårdkedja för vilken regeringen beviljat särskilda ekonomiska medel.

Nio remissinstanser motsätter sig längre tvångsvårdstider. Dessa är *BRÅ*, länsrätten i Malmöhus län, Norrköpings kommun, *SACO/SR*, *LO*, Föreningen Sveriges socialchefer, *RFHL*, *ALRO* och *Verdandi*.

BRÅ framhåller att det torde förekomma allvarliga brister inom vården av missbrukare.

* Under den period som förflutit sedan LVM trädde i kraft har antalet platser i LVM-hem minskat med cirka 25 procent. Brist på resurser och

metodik har varit kännetecknande för LVM-vården. Skilda vårdideologier hos beslutsfattare och vårdpersonal synes också ha skapat svårigheter av olika slag. Gällande vårdtider har inte tagits i anspråk på grund av omfattande avvikelser från institutionerna. Det är uppenbart att den nuvarande tvångsvården inte gått att genomföra på det sätt som varit avsikten när lagen trädde i kraft. Det är därför enligt BRÅ:s uppfattning svårt att i nuvarande läge förorda en utvidgning av tvånget.

Tiden för tvångsvård bör inte förlängas innan de möjligheter till tvångsvård, som f. n. föreligger, har kunnat utnyttjas på ett effektivt sätt. Under alla förhållanden är det ytterst angeläget att den frivilliga missbruksvården erhåller tillräckliga resurser. Eftersom det torde vara svårt att påvisa ett positivt samband mellan tvång och behandlingsresultat, bör stor restriktivitet iakttas vid en utvidgning av vårdtiden.

Länsrätten i Malmöhus län hänvisar till att beredningen framhåller att bl. a. vårdens innehåll och behandlingspersonalens motivation och utbildning har betydelse för vårdresultatet.

Innan man löst dessa frågor och sålunda vet vilken vård man talar om och som erbjuds missbrukarna är det inte meningsfullt att diskutera om vårdtiden enligt LVM bör vara två, fyra eller sex månader. Den som blir berövad sin frihet har rätt till en planerad, realistisk och effektiv vård. I annat fall har samhället inte rätt att beröva någon hans frihet med motivering att han skall få vård. Länsrätten anser inte att vårdtidens längd bör ändras för närvarande.

Länsrätten tillstyrker i princip den föreslagna regeln i 21 § om att det endast är effektiv vårdtid som skall inräknas. Den föreslagna regeln blir emellertid ofullständig på så sätt att den inte garanterar att vården bedrivs under viss sammanhängande tid. En oavbruten tids vistelse på institution – behandlingshem torde vara en förutsättning för att ett motivationsarbete skall kunna bedrivas. – Än viktigare synes detta vara om vårdtiden är så kort som två månader.

Länsrätten föreslår att man överväger att komplettera 20 och 21 §§ i LVM-förslaget med en bestämmelse som säger att en missbrukare måste ha haft en sammanhängande vårdtid av viss längd för att vården skall upphöra. Vård enligt LVM skulle t. ex. upphöra när vården pågått i två månader, om den under den tiden pågått oavbrutet under en tid av minst en månad. Om den sistnämnda förutsättningen inte är uppfylld bör vårdtiden kunna förlängas till dess det villkoret är uppfyllt, dock längst till som f. n. fyra månader.

Norrköpings kommun understryker att tvångsvård av grava alkoholmissbrukare inte har mycket att ge efter 2–4 månader.

Enligt socialnämndens mening kan i huvudsak samma grundsyn tillämpas som i Minnesotamodellen med den skillnaden att omvårdnad samt intensiva stödkontakter för att lösa arbets-, bostads- och isoleringsproblem får relativt större betydelse. Man måste också – som utredningen framhåller – anpassa rehabiliteringsmålen till vad som är realistiskt och satsa rejält på en förbättrad uppföljning.

Det vittnar om vilsenhet och uppgivenhet att trots den massiva kunskap som finns om den institutionella alkoholistvårdens begränsade effekter lägga fram lagförslag som skulle pressa kommunerna att förskjuta resursanvändningen mot utökad institutionsvård.

Utredningens förslag borde ha präglats av krav främst på den öppen-

vård, som den själv i flera skrivningar betecknas som otillräcklig såväl kvantitativt som kvalitativt. Det är ju de *isolerade* institutionsvistelserna som – enligt utredningen – ger anledning till pessimism.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 3

SACO/SR anser att beredningens resonemang om vårdtiden är förvirrande och oklart.

Tvångsvården skall bestå i sex månader för att ha effekt, men de flesta LVM-klienterna har inte "behov av en institutionsvistelse som överstiger någon eller ett par månader". I stället skall tvångsvården bedrivas i öppna och "frivilliga" former. Detta synes enligt SACO/SR:s mening vara ett återinförande av försöksutskrivningsinstrumentet. Motiveringen att vården på LVM-hem är alltför skyddande för att klienterna skall klara en övergång till plötslig frihet synes vara uttryck för en i dagens Sverige oacceptabel, paternalistisk vårdideologi.

Vårdtiden skall enligt SACO/SR:s mening för att vara meningsfull beräknas till effektiv vårdtid enligt beredningens förslag. Vårdtiden skall fastställas från början då beslutet om vård enligt LVM fattas, varför avskaffande av förlängningsinstitutet är riktigt och konsekvent. Det finns dock i betänkandet inte redovisat några godtagbara skäl varför vårdtiden skall överstiga i dag gällande maximala fyra månader.

LO

Erfarenheterna har visat att behandlingstiden två månader förefaller alltför kort för ett framgångsrikt resultat. En förlängning med ytterligare två månader styckar upp behandlingstiden på ett olyckligt sätt. LO delar därför beredningens uppfattning att behandlingstiden bör vara mer sammanhållen och längre än nuvarande tvåmånadersperiod.

LO är emellertid i dag inte beredd att tillstyrka att vårdtiden förlängs till sex månader.

Vi menar att vårdtiden bör maximeras till de fyra månader som dagens lagstiftningen möjliggör, dock med den förändringen att denna period bör vara sammanhållen på det sätt som socialberedningen skisserar. Liksom beredningen också anger, bör vårdtiden på LVM-hem göras så kort som möjligt och klienten så snart det finns förutsättningar slussas över till någon annan lämplig vårdform.

Föreningen Sveriges socialchefer påpekar att det är svårt att realisera målsättningen att tvångsvård skall leda över till fortsatt frivillig behandling, bl. a. genom att använda 15 § LVM.

Skall denna målsättning kunna realiseras, vilket är ett av målen med betänkandets förslag, krävs enligt föreningens mening att man relativt snabbt kan få en övergång från LVM-hemmet till frivilliginstitutionen. Vårdtiden vid LVM-hemmet bör således vara kort. Om missbrukaren går kvar längre tid cementeras hans ambivalens och motstånd inför behandling.

Av vad som ovan sagts följer att föreningen motsätter sig den utökning av vårdtiden som föreslås. Principen måste vara att tvångsvården skall bryta missbruket, ge missbrukaren möjlighet att tillfriskna fysiskt och psykiskt, samt motivera för och planera fortsatta insatser. Men dessa insatser måste ske inom den frivilliga vården. I detta finns givetvis svårig-

heter, men de kan inte lösas genom att man, som beredningen tänker sig, ha påtryckningsmedlet att återuppta tvångsvården. I stället måste man arbeta för att reellt förbättra de insatser som kan göras för de LVM-vårdade. I flertalet fall är problemet att det saknas resurser för att ge ett fortsatt stöd i frivilliga former som svarar mot behoven.

Påtryckningar av formell natur, som att tvångsvård kan återupptas, har erfarenhetsmässigt ringa effekt. I betänkandet refererar man till de informella påtryckningarnas betydelse inom all missbruksvård (s. 258–259), och tar det till intäkt för att skapa påtryckningsmedel genom förlängd vårdtid. Man tycks då inte se den fundamentala skillnaden mellan de påtryckningar, eller snarare den påverkan, som utövas utifrån en genuin mänsklig relation och de formella påtryckningarna. Att det förstnämnda fungerar beror på att relationen grundas på ömsesidigt förtroende och respekt på det mänskliga planet, något som knappast kan etableras genom en isolerad tvångsvårdsinsats.

Föreningen bedömer vidare det som sannolikt att förslaget om ökad vårdtid leder till längre sammanlagda vårdtider i LVM-fall. Effekten av detta blir antingen att utrymmet för frivillig vård blir mindre eller att kommuner och landsting måste skapa nya resurser.

RFHL betonar de svårigheter som föreligger vid utslussning från LVM-vård till behandling i frivilliga former.

Vi tror inte, att huvudskälet för de svårigheter som dokumenterats härvidlag under den tid LVM varit i kraft, beror på den nuvarande korta tiden två månader plus två månader i vissa fall. Nej, svaret får sökas på annat håll. Motsåndet mot LVM-vård är vida utbrett bland narkomanvårdare. Frågan om vård- och behandlingsansvaret i samband med "försöksutskrivning" till frivilliga vårdformer är oklar. Dessutom handlar debatten om LVM-vård för narkotikamissbrukare uteslutande om behovet av paragraf 18-hem, dvs. det är övervakning, tillsyn och kontroll som betonas för denna grupp. Resultaten från LVM-vården visar att man i bästa fall bara kan räkna med att motivera kring 40 % till fortsatt frivillig vård. Erfarenheterna visar även att man uppnår det målet inom ramen för nuvarande tidsgränser. Eller som personal på LVM-hem uttrycker det: "Klarar man inte av att motivera för fortsatt frivillig vård inom två månader, klarar man det inte sedan heller oavsett hur långa tider som gäller". Effekten av beredningens förslag blir därför att vårdtiderna på LVM-hemmen för den stora majoriteten kommer att förlängas. Långa vårdtider leder till passivisering och institutionsskador. *RFHL* säger därför nej till beredningens förslag om förlängd tidsgräns för tvångsomhändertagandet. Ansträngningarna bör i stället inriktas på att höja vårdkvaliteten för att på så sätt uppnå att fler kan motiveras till fortsatt behandling under frivilliga former.

RFHL anser att den form av LVM-vård vi förespråkar (avgiftning, medicinsk vård och motivation) även kan ges på häkten och kriminalvårdsanstalter. Dessa enheter har under senare år erhållit resurstillskott just för att bättre kunna svara mot missbrukares behov i nämnda avseenden. Därför avvisar vi beredningens förslag om att vistelsetid på häkten och kriminalvårdsanstalter ej skall räknas som vårdtid enligt LVM och föreslår att beslut om LVM-omhändertagande skall upphöra då den enskilde häktas eller döms till fängelsestraff. Beredningens syn på verkställighet av vårdtid understryker inriktningen på korrektion under tvång och går på tvärs mot uttalandena om att nuvarande LVM:s syften bör ligga fast. Beträffande beräkning av vårdtid då den enskilde är avviken från LVM-hemmet, verkar det rimligt att denna tid ej inräknas i vårdtiden. Den

bedömningen vilar dock på uppfattningen att vårdtiden inte bör överstiga två månader.

Prop. 1987/88: 147
Bilaga 3

ALRO anser att beredningen tycks ha arbetat under mottot: "ont skall med ont fördrivas" eller eventuellt trott sig arbeta med en revidering av brottsbalken. *ALRO* anser att nuvarande lagstiftning mer än väl tillgodoser den tid som behövs för avgiftning och motivation.

Beredningen säger att tvånget skall ges ett nytt och bättre innehåll. Det finns dock inte i Sverige eller på annat håll i världen exempel på hur tvång kan förenas med någon form av bestående behandlingsresultat. Ett exempel på detta är den misslyckade s. k. kriminalvården. Att straffa bort ett missbruk under tvång torde enligt vår uppfattning vara psykologiskt omöjligt.

När beredningen försöker ge det nya tvånget substans, har man sneplat på Hasselarörelsen och dess metodik i förhoppning om att detta går att överföra till vuxna missbrukare. Denna förhoppning torde vara lika galen som att påstå att vi inte skulle få några missbrukare om vi återinförde aga i skola och hem.

Beredningen tar upp frågan om rymningarna från befintliga LVM-hem. Enligt vår mening måste 6 månaders tvångstid skapa ett oerhört trots hos klienten, vilket kommer att innebära fler rymningar samt drogmissbruk på dessa institutioner. För att förhindra detta får förmodligen tvångsvårdsinstitutionerna ges en fängelseliknande karaktär, vilket allvarligt kommer att skada missbrukarens motivation till förändring.

Motivationsarbete med missbrukare är inte alla gånger lätt, men bör framgångsrikt kunna bedrivas inom ramen för befintlig lagstiftning, om resurser ställs till förfogande beträffande utbildning av institutionspersonal samt socialarbetare.

Verdandi anser inte att beredningen har något egentligt argument för varför vårdtiden skall vara just högst sex månader, utan "det verkar snarast vara ett resultat av en bedömning av hur långt man ev. kan få med sig den allmänna opinionen för en förlängning av tvångsvården". *Verdandi* anser att vårdtiden bör omfatta högst åtta dagar.

UHÄ, AMS, statskontoret, RRV, SCB och *LON* behandlar inte förslagen.

3.7.1 Socialnämndens skyldigheter under vårdtiden och föreståndarens redovisningsskyldighet

Ett fåtal av remissinstanserna har invändningar mot förslaget att socialnämndens skyldighet att under vårdtiden anordna vård för missbrukaren utanför LVM-hemmet slås fast i lagen liksom förslaget att föreståndaren skall åläggas en redovisningsskyldighet gentemot styrelsen i de fall en missbrukare efter tre månader fortfarande vistas på ett LVM-hem utan att vård i annan form prövats.

Tre av remissinstanserna. *Föreningen Sveriges socialchefer, SACO/SR* och *ALRO* avvisar helt tanken på att vårdtiden enligt LVM skall kunna utnyttjas för vård utanför LVM-hemmet.

Socialstyrelsen avstyrker förslaget om föreståndarens redovisningsskyl-

dighet med motiveringen att regeln kan leda till att klienten slussas till vård utanför LVM-hemmet innan han är mogen för det.

Prop. 1987/88: 147
Bilaga 3

Utgångspunkten är, som framgår av socialtjänstlagen, att det är den enskilde klientens vårdbehov som skall styra valet av behandlingsinsatser och inte någon schablon. Lagen bör ställa tydliga krav på de behandlingsansvariga att ta reda på varje klients vård- och behandlingsbehov och utforma vården därefter. Om klienten sålunda efter noggranna undersökningar och observationer konstateras ha nödvändiga förutsättningar för och behov av vård utanför LVM-hemmet skall han givetvis tillförsäkras sådan vård.

Kammarrätten i Jönköping finner inte att bestämmelsen är nödvändig. "Det åligger styrelsen att hålla sig underrättad om de intagnas vårdsituation även utan anmälan som avses i denna paragraf."

Göteborgs kommun förordar att LVM-styrelserna upphör. I stället bör socialnämnden "ges ett avgörande inflytande över beslut som rör placeringen och vårdtiden. En sådan förskjutning av ansvaret från LVM-hemmet till socialnämnden medför i sin tur att behovet av en särskild, politiskt sammansatt styrelse minskar".

Några remissinstanser har synpunkter på att enskilt drivna hem kan utnyttjas för vård utanför LVM-hemmet under vårdtiden. *Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län* anser det betänkligt om man genom en förlängning av vårdtiden vidgar möjligheterna att använda privata institutioner för vård under den tid tvångsbeslut föreligger. *RFHL* och *Verdandi* har liknande invändningar. *RFHL* anser att det är rimligt att vård utanför LVM-hemmet i ökad utsträckning skall kunna ges vid hem som drivs av enskild huvudman, men motsätter sig att vården ges vid institutioner som drivs med framträdande vinstmotiv. *RFHL* anser att hem som drivs av ideella organisationer i samverkan med myndigheter bildar en kategori av enskilt drivna hem som ej kan jämföras med sådana privata vinstinriktade behandlingshem.

3.7.2 Socialnämndens skyldigheter efter vårdtiden

Majoriteten av de remissinstanser som uttalat sig i frågan tillstyrker förslaget att socialnämnden aktivt skall verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han får personligt stöd eller behandling för att komma ifrån sitt missbruk. Två remissinstanser avstyrker.

Arvika kommun anser att socialnämndens ansvar i dessa avseenden redan framgår av socialtjänstlagen. *Verdandi* framhåller att beredningen inte ställer tillräckliga och tydliga krav på kommunernas skyldigheter i samband med ett tvångsomhändertagande. "Den enskilde måste ges möjlighet att på allvar förändra sin sociala situation. Här spelar möjligheter till erforderlig utbildning, arbete, bostad, gemenskap etc. en avgörande roll."

Helsingborgs kommun delar beredningens synsätt, men anser det tveksamt om rätten till bostad och arbete skall regleras i vårdlagstiftningen.

Förslagen om inledande sjukhusvård samt överläkarens underrättelseskyldighet och kvarhållningsrätt har fått ett övervägande positivt mottagande under remissbehandlingen.

De remissinstanser som tillstyrker förslaget är *domstolsverket, kriminalvårdsstyrelsen, socialstyrelsen, kammarrätten i Jönköping, länsrätten i Jämtlands län, länsstyrelserna i Stockholms och Kopparbergs län, Landstingsförbundet, Malmö, Helsingborgs, Luleå och Uppsala kommuner, Skaraborgs läns landsting, TCO, SACO/SR, RNS och RFHL*.

Socialstyrelsen anser att de befogenheter som den föreslagna ändringen ger överläkaren är "acceptabla, enär de insatts på ett logiskt sätt i ett vårdssammanhang, som syftar till patientens bästa". Styrelsen framhåller emellertid att man haft förhoppningen att beredningen "i fråga om inledande sjukhusvård skulle ha lagt ett förslag som innebar möjlighet till kvarhållning av klienten under den behövliga vårdtiden på sjukhuset".

Landstingsförbundet finner för sin del inte den avvägning som gjorts mellan olika intressen i denna fråga vara "orimlig", även om förbundet anför en viss tveksamhet till kvarhållningsrätten. Om förslaget kommer till praktisk tillämpning utgår styrelsen från att det kommer att finnas möjlighet till omprövning om olägenheterna för hälso- och sjukvården skulle bli påtagliga. Landstingsförbundet ifrågasätter emellertid värdet av förslaget att LVM kompletteras med bestämmelser om polishandräckning för att inställa missbrukare till sjukhus. Syftet med detta är inte att tvinga missbrukaren till vård utan att en läkare skall kunna informera om den frivilliga hälso- och sjukvård som står till buds. Efter den ändring av LVM den 1 juli 1984 åligger det socialnämnden att initiera inledande sjukhusvård och att i det sammanhanget informera och motivera missbrukaren att acceptera inledande frivillig sjukhusvård. En tvångsmässig information därutöver och under polishandräckning ter sig för styrelsen knappast meningsfull.

TCO är positiv till förslaget men påpekar att kvarhållningsrätten kan vålla problem, om det inte skall förekomma låsta avdelningar på kroppssjukhus. I annat fall bör övervägas om inte särskilda låsta avgiftningsenheter för de missbrukare som inte vill avgifta sig frivilligt bör inrättas.

Några av de remissinstanser som är positiva till förslaget betonar att det måste finnas hälso- och sjukvårdsresurser även på LVM-hemmen.

Länsstyrelsen i Stockholms län betonar att det är nödvändigt att hälso- och sjukvårdsresurser byggs in som en naturligt del i LVM-hemmet. De avvikningar som nu sker i samband med avgiftning på annat håll kan därigenom undvikas. *Uppsala kommun* anser att beredningens förslag bör kunna utgöra en lösning på problemet med den inledande sjukhusvården. Kommunen betonar emellertid att det ändå förutsätts att LVM-hemmen får erforderliga sjukvårdsresurser.

SACO/SR betonar att det är synnerligen viktigt att principen om frivillighet i hälso- och sjukvården upprätthålls i de fall psykiatrisk tvångslagstiftning inte är tillämplig. Med den mycket restriktiva utformning som förslaget om temporär kvarhållningsmöjligheten fått, finner emellertid *SACO/SR* att detta kan godtas. *SACO/SR* föreslår vidare att några

LVM-hem i landet ges erforderliga medicinska resurser, så att LVM-klienter får adekvat medicinskt omhändertagande också i de fall där inledande sjukhusvård inte kan komma till stånd.

Tre remissinstanser tillstyrker i sak men föreslår vissa kompletteringar av regeln. *RÅ* anser att förslaget om kvarhållningsrätten har två svagheter. För det första är bestämmelsen fakultativ och för det andra saknas möjligheter till polishandräckning på begäran av överläkaren. Det förstnämnda förhållandet kan enligt *RÅ* leda till att tillämpningen av bestämmelsen kan bli olika vid olika hälso- och sjukvårdsenheter. Det vore därför bättre att ange att överläkaren så långt som möjligt skall tillse att missbrukaren hindras från att lämna sjukhuset innan det säkerställts att han kan föras över till ett LVM-hem och att överläkaren vid behov skall begära polishandräckning för ändamålet. Det senare förslaget motiveras med att beredningens förslag om att överläkaren skall underrätta socialnämnden eller LVM-hemmet medför en fördröjning. *RPS* och *Kammarrätten i Stockholm* anser i likhet med *RÅ* att kvarhållningsrätten bör kombineras med en skyldighet för polismyndigheten att på framställning av överläkaren lämna biträde för att inställa missbrukaren på LVM-hemmet.

Fyra remissinstanser, som är mer eller mindre positiva till förslaget, vill ha frågan om kvarhållningsrätten ytterligare belyst. *Statskontoret* anser att beredningen inte har belyst hälso- och sjukvårdspersonalens risktagande i sammanhanget. Denna fråga bör belysas ytterligare innan ett slutligt ställningstagande görs. *Arvika kommun* ser positivt på förslaget om kvarhållningsrätten men har svårt att se hur detta i praktiken låter sig göras. Ytterligare diskussioner om de praktiska förutsättningarna bör föregå beslut i denna fråga. *AIRO* tar inte ställning till förslaget och anser att frågan om kvarhållningsrätten bör utredas närmare. *Länsrätten i Malmöhus län* anser att de praktiska problem som följer av beredningens förslag inte är tillräckligt utredda. Enligt länsrättens mening bör förslaget om kvarhållningsrätten utredas ytterligare.

Sju remissinstanser anser att beredningens förslag inte är tillräckliga för att lösa problemen. *Länsrätten i Stockholms län* anser det inte försvarligt att förmena en missbrukare erforderlig medicinsk behandling för att hälso- och sjukvården inte vill eller kan ta emot denne eller av något annat skäl. Kan eller vill samhället inte erbjuda sjukhusvård med betryggande bevakning och kvarhållningsskyldighet får motsvarande resurser byggas upp på annat håll.

Om någon är föremål för ett beslut om tvångsvård förefaller det vara ett onödigt hymlande att ens diskutera om erforderlig vård skall få ges med tvång, det som kan diskuteras är vad som utgör erforderlig vård och var denna skall ges.

Länsrätten påpekar vidare att det inte finns

något förbud i regeringsformen eller i någon konvention som Sverige anslutit sig till mot att riksdagen – om detta anses påkallat och lämpligt – beslutar om att medicinsk behandling skall ges mot missbrukarens vilja eller att missbrukaren skall kvarhållas på sjukhus mot sin vilja.

Det största problemet förefaller heller inte vara tvångsvårdade missbru-

kare som avböjer medicinsk behandling utan missbrukare som aldrig erbjuds sådan behandling. För den missbrukare som – med skyldighet att kvarstanna – befinner sig på ett ställe där det finns medicinsk behandling att få när abstinensbesvären sätter in lär problemet i allmänhet inte vara om behandlingen skall behöva ges med tvång.

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län anser att det rimmar illa att den som berövas friheten har möjlighet att avstå från en del av vården som bedöms som viktig. LVM-hemmen ställer i princip krav på avgiftning innan klienten kommer dit och har sällan resurser att hantera den medicinska avgiftningen.

Det löser inte problemet att lagstifta om en möjlighet att omhänderta den missbrukare som vill avvika från sjukhuset med placering på LVM-hemmet eller i häkte. Om man inte kan genomföra avgiftning under tvång på sjukhus måste resurser skapas för avgiftning på LVM-hemmen.

Stockholms kommun anser inte att beredningens förslag i fråga om kvarhållningsrätten är tillräckliga. *Solna kommun* anser att avgiftningsenheter-na måste omfattas av tvånget och förläggas på LVM-hemmen som komplement till lämplig sjukvårdsenhet.

Örebro läns landsting anser att beredningens ställningstagande i denna fråga är beklagligt och framhåller att samhället måste ta ansvar för att klara ett omedelbart omhändertagande enligt tvångslagstiftning för missbrukare.

Det kan inte anses orimligt att en patient, som berövats friheten genom beslut om omedelbar tvångsvård, i detta avseende kan jämföras med patienter för vilka läkare fattat beslut om LSPV-vård.

Det är en närmast absurd situation att läkare skall behöva slå larm om att en patient har lämnat eller håller på att lämna sjukhuset och där grunden för läkarens agerande är bedömningen att patientens liv är i fara om vård uteblir – inte sällan är patienten i behov av intensivvård. Trots detta finns det inte möjlighet att hålla patienten kvar genom någon form av tvångsbeslut. Att denna typ av patienter omedelbart skall beredas vård på LVM-hem innebär att dessa påläggs ett ansvar som de inte har resurser att ta. För patienten betyder detta att livsnödvändig vård kan utebli.

Det ligger i sakens natur att missbrukare i denna situation har små, om ens några möjligheter att fatta rationella beslut. Trots detta krävs att de skall ta ansvar för sitt liv och sin hälsa. Tanken är tydligen att om missbrukaren inte förmår att ta detta ansvar, skall LVM-hemmen göra det i stället. LVM-hemmen har inte medicinska resurser för detta, och konsekvensen kan bli att en svårt medtagen människa som vägrar stanna på sjukhus skall transporteras till institutionen, som inte har resurser och därför tvingas transportera vederbörande tillbaka till sjukhus.

Svenska kommunförbundet har svårt att förstå

hur detta lapptäcke av insatser som beredningen föreslår skall kunna fungera i verkligheten. Likaledes måste det te sig svårförståeligt för klienten att den vård som inramats av polistransport till sjukhuset, sjukvårdspersonalens aktiva insatser för att förhindra att klienten lämnar sjukhuset samt en därpå följande transport till LVM-hemmet skall kunna karaktäriseras som frivillig. Förbundet kan inte se att de föreslagna förändringarna innebär någon avsevärd förbättring.

IOGT/NTO förstår principerna bakom beredningens ställningstagande, men kan inte acceptera den skillnad som görs mellan social och medicinsk tvångsbehandling.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 3

Därest social tvångsbehandling accepteras blir det obegripligt om denna inte kan inledas på sjukhus, eftersom de allra flesta grava missbrukare som inledning till ett socialt behandlingsprogram har behov av medicinsk vård. På denna punkt bör således LVM kompletteras och skärpas.

Två remissinstanser avstyrker den del av förslaget som rör kvarhållningsrätten.

JO påpekar att de patienter som det här är fråga om ofta har omfattande medicinska behandlingsbehov.

Det är därför av största betydelse att personalen på sjukhuset kan vinna patientens förtroende för att tillsammans med patienten kunna planera den fortsatta behandlingen. Ofta finns det anledning att följa patienten under en lång tid. De möjligheter till tvång som nu föreslås kan försvåra en sådan behandlingskontakt. Utövandet av tvång mot patienten på sjukhuset kan leda till konfrontationer mellan läkaren och patienten till allvarligt men för vården. Härtill kommer att många sjukvårdsinrättningar saknar den lokalmässiga utformning och den personal som behövs för att missbrukaren skall kunna hållas kvar på sjukhuset. Man får i detta hänseende enligt min mening förlita sig till att vederbörande läkare försöker nå så goda relationer till patienten att vården på sjukhuset kan fullföljas utan sådana mellankommande inslag av tvång som beredningens förslag ger utrymme för.

Är omständigheterna sådana att det redan från början kan förutses att missbrukaren kommer att avvika från sjukhuset bör missbrukaren placeras på ett hem för särskild tillsyn där han bör ges de sjukvårdande insatser som kan behövas.

Göteborgs kommun anser att den föreslagna kvarhållningsrätten strider mot hälso- och sjukvårdens grundprincip och kan skapa problem såväl etiskt/moraliskt som arbetsmässigt. Underrättelseplikten för överläkaren bör dock kvarstå i enlighet med beredningens förslag. Det bör därefter ankomma på socialnämnden eller föreståndaren för LVM-hemmet att begära polishandräckning.

BRÅ, UHÄ, AMS, RRV, SCB, LON, Norrköpings kommun, LO, Föreningen Sveriges socialchefer, Behandlingshemmens riksförbund, FMN och *Verdandi* behandlar inte frågan.

3.9 Huvudmannaskapet för LVM-vården

Förslaget att LVM-vård även i fortsättningen skall lämnas genom hem som drivs av landstingskommuner eller kommuner tillstyrks eller lämnas utan erinran av i flertalet remissinstanser.

Landstingsförbundet framhåller att dess förbundsstyrelse i detta skede inte har "anledning att ta ställning vare sig för eller emot en huvudmannaskapsförändring men anser att skäl talar för att en samlad utvärdering av huvudmannaskapsreformen 1983 kommer till stånd".

Två remissinstanser, *Stockholms* och *Helsingborgs kommuner*, avstyr-

ker förslaget och förordar att även enskilda huvudmän ges möjligheter att driva hem enligt LVM. *Helsingborgs kommun* anser emellertid att offentliga huvudmän skall förbehållas ansvaret att driva hem för vårdtagare som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn enligt 18 § LVM.

Malmö kommun och *RNS* anser att staten bör vara huvudman för LVM-vården.

4 Den lagtekniska lösningen

Förslaget att ersätta den nuvarande LVM med en ny lag har behandlats av endast två remissinstanser. *Länsrätten i Stockholms län* anser att de preciseringar, ändringar och kompletteringar av LVM, som beredningen har föreslagit, inte är av sådan omfattning och av sådant slag att rätten känner sig övertygad om att LVM behöver ersättas av en ny lag med samma namn. *Verdandi* anser att det är grovt vilseledande av socialberedningen att hävda att de föreslagna ändringarna i sak inte är av den omfattningen att den nuvarande lagens rubrik behöver ändras.

5 Resursfrågan

Socialberedningen föreslår bl. a. ett kompletterande statsbidrag inriktat på att stödja tillkomsten av kvalificerade LVM-resurser i första hand avsedda för narkotikamissbrukare. Flertalet remissinstanser, som har yttrat sig i frågan, betonar vikten av resurstillskott för utbyggnaden av platser för narkotikamissbrukare vid hemmen för särskilt noggrann tillsyn och behovet av särskilda statsbidrag för ändamålet. Flera remissinstanser understryker också behovet av ökade resurser även till den frivilliga vården.

Kriminalvårdsstyrelsen

Enligt styrelsens uppfattning är ökade resurser en förutsättning för en framgångsrik missbruksvård. Inte enbart de föreslagna utvidgningarna av kriterier för tillämpningen av LVM ställer krav på ökade resurser hos institutionsvården. Även de föreslagna ändringarna i 11 § socialtjänstlagen kommer enligt styrelsens mening att medföra ett ökat behov av frivillig vård.

Till detta kommer att det inom kriminalvården finns ett ökande antal narkotikamissbrukare. Bland de personer som tas in i kriminalvårdsanstalter har förmärkts en markant förskjutning mot en allt allvarligare missbruksproblematik. Med anledning av HIV/AIDS-problematiken har kriminalvården ökat sina ansträngningar att spåra narkotikamissbrukare och riktar sig numera därvid inte enbart till dem som redan undergår kriminalvård utan även till de intagna i allmänna häkten. Förhoppningsvis kommer detta kartläggningsarbete att medföra att många missbrukare kan nås på det stadium i deras missbrukskarriärer då de ännu kan motiveras för frivillig vård mot missbruket. Detta kommer också att ställa krav på en förstärkt frivillig vård.

Genom att från årsskiftet 1987/88 en möjlighet ges för de allmänna domstolarna att i vissa fall döma till skyddstillsyn med föreskrift om behandling enligt plan (kontraktsvård) i stället för till fängelse torde ytterligare anspråk riktas mot den frivilliga vårdens resurser.

En ökning av samhällets resurser för vård av missbrukare torde tillsammans med den effektivisering av tvångsvården som socialberedningen föreslår på sikt kunna medföra minskade kostnader inom kriminalvårdsområdet.

Socialstyrelsen framhåller bl. a.

Socialstyrelsens rådgivande nämnd för Etiska frågor har tagit del av socialberedningens förslag. Den har dock inte haft möjlighet att gå igenom detta på ett mera djupgående sätt. Nämnden har emellertid velat framhålla att om tvångsingripanden skall ske, förutsättningen måste vara att den vård som erbjuds är av god kvalitet.

Det är således socialstyrelsens uppfattning att beredningens författningsförslag – för att erhålla önskad effekt – måste kompletteras med en omfattande satsning på tillskapandet av ytterligare vårdresurser. Fler LVM-hem, i synnerhet hem för särskild tillsyn, utgör ett angeläget behov. Detta tillskott bör ges ett differentierat vårdinnehåll och måste finnas att tillgå i varje region i landet.

En översyn av formerna för statsbidraget till missbrukarvården m. m. bör göras i detta sammanhang. Institutionsvården för de tyngsta missbrukarna, som i första hand berörs av föreliggande förslag om tvångsvård, tenderar att bli så dyr för de kostnadsansvariga kommunerna att vårdbehövande av denna anledning riskerar att bli utan adekvat vård. Socialstyrelsen har i särskild skrivelse till regeringen 1987-05-19, aktualiserat denna fråga och understrukit nödvändigheten av en snabb och kraftfull förstärkning av LVM-vården enligt 18 §. Uppenbara brister råder i dag, i synnerhet vad gäller vårdmöjligheter för narkotikamissbrukare i storstockholmsområdet. Åtgärder vidtas nu i Stockholm och ytterligare åtgärder planeras för att avhjälpa dessa brister. Trots detta finns anledning befara att svårigheterna att tillgodose vårdbehoven kommer att bestå under lång tid framöver.

Statskontoret

Socialberedningen konstaterar att missbrukarvårdens resurser totalt sett är underdimensionerade. Socialsekreterarnas höga arbetsbelastning och breda arbetsfält omöjliggör djupare kontakter med klienterna.

Statskontoret anser att det är särskilt angeläget med planeringsinsatser för att få till stånd en väl fungerande eftervård. En utbyggnad av långsiktigt stödjande och individualiserade insatser inom den öppna socialtjänsten kan enligt de förhållanden och fakta som socialberedningen redovisar, vid sidan av de rent humanitära aspekterna, visa sig vara också samhällsekonomiskt lönsam.

Statskontoret finner i likhet med beredningen att resurserna för den kvalificerade LVM-vården behöver förstärkas – främst för narkotikamissbrukare. Beredningen anför goda skäl mot att finansiera en sådan förstärkning genom en omfördelning av resurser från vården av alkoholmissbrukare eller från den frivilliga vården.

Vi bedömer att resurser för ett prestationsrelaterat, kompletterande statsbidrag till driften av § 18-hem och till uppföljande insatser i anslutning till sådan vård bör kunna erhållas genom en omfördelning från socialdepartementets anslag H 4 Utvecklings- och försöksverksamhet och A 5 Särskilda medel för bekämpningen av AIDS. Från det sistnämnda anslaget lämnas redan i dag stöd till utbyggnad av behandlingshem för vård enligt LVM.

I motsats till beredningen anser vi att det saknas anledning att tillskapa

en särskild organisation – med därtill hörande administration och kostnader – för beredning och fördelning av ett sådant kompletterande bidrag. Syftet med det tillkommande statsbidraget är, som vi uppfattat det, att stimulera etablerande av ytterligare platser för kvalificerad LVM-vård. Tanken är vidare att bidraget på vissa grunder skall utgå till drift inom LVM-vården. Bidraget kan därmed inte betraktas som utvecklingsmedel i gängse mening.

De ekonomiska konsekvenserna av beredningens förslag och rekommendationer belyses endast översiktligt i betänkandet. Beredningen har inte ansett det vara möjligt att visa hur förslaget skulle kunna finansieras i form av rationaliseringar eller omprövning av pågående verksamhet inom utredningsområdet.

Som statskontoret inledningsvis framhåller, förutsätter förverkligandet av socialberedningens intentioner bl. a. att LVM-vården tillförs ökade ekonomiska resurser. Beslut om resurstilldelning får fattas på gängse sätt genom politisk prövning och avvägning mot andra behov. Utöver finansiering av ett kompletterande statsbidrag kan vi inte anvisa möjliga finansieringsvägar.

Statskontoret kan avslutningsvis instämma i beredningens slutsats att uteblivna insatser eller onödigt sena insatser medför stora humanitära lidanden och betydande kostnader för samhället och enskilda.

RRV saknar en beskrivning av mål och medel relaterad till kostnaderna för olika åtgärder som kan ge indikationer om behov och möjligheter till omprioriteringar inom vården.

T. ex. kan beredningens analys mer än hittills behöva ta upp avvägningar som utgår från att en mycket stor del av missbrukarna är intagna på fängelser. RRV är väl medvetet om svårigheterna att ta fram en sådan beskrivning men bedömer att detta kan vara till nytta med tanke på de kostnader samhället kan komma att stå inför och inte minst mot bakgrund av AIDS-hotet. RRV kan som ett exempel på en sådan beskrivning nämna den sammanställning över olika aktörer och insatser inom narkomanvården relaterade till kostnaderna som verket gjorde i sin revisionsrapport Samhällets åtgärder mot narkotikamissbruk, Del I Insatser, kostnader, mål och medel för narkotikabekämpningen (Dnr 1982:1114).

Ett hinder som ofta nämnts för ett rationellt utnyttjande av vårdresurserna är att det finns flera huvudmän för vården. Särskilt intressanta finner RRV därför finansieringsformerna, dvs. hur medel från olika huvudmän bäst kan samordnas för att ge maximal effekt. Beredningen pekar på vissa modeller som borde utvecklas och prövas vilket RRV tillstyrker. RRV finner exempelvis AMS modell intressant. Detta utvecklingsarbete vari RRV inbegriper även samordningsfrågorna anser RRV vara av så övergripande natur att det bör utgöra ett naturligt inslag i beredningens vidare arbete.

Beredningen konstaterar (s. 354) att brist på tvångsvårdsplatser för främst tunga missbrukare föreligger. Bristen på resurser för LVM-vård för i första hand narkotikamissbrukare framstår enligt beredningen (s. 353) som utomordentligt allvarig. Läget kan anses som akut ohållbart. Beredningen diskuterar hur nödvändiga resursförstärkningar kan åstadkommas och stannar för att föreslå att särskilda statliga medel bör utgå som komplement till nuvarande statsbidrag. Det särskilda bidraget bör vara inriktat på att stödja tillkomsten av kvalificerade LVM-resurser avsedda i första hand för narkotikamissbrukare. Staten bör exempelvis finansiera 40 % av kostnaderna. Medlen bör utgå i form av projektbidrag och fördelas av en

ledningsgrupp med företrädare för socialstyrelsen och de båda kommunförbunden. Till denna grupp föreslås också knytas en grupp av särskilt erfarna och kvalificerade behandlare, som kan fungera som konsulter åt de lokala projekten.

RRV finner att en akut situation som den nuvarande kan kräva extra ordinära åtgärder. Huruvida det föreslagna statsbidraget är tillräckligt för att få fler vårdplatser för tunga missbrukare är svårt att bedöma liksom konstruktionen med projektbidrag. Man får pröva sig fram och detta kan vara en väg.

Nuvarande statsbidragskonstruktion kommer att omprövas 1989, dvs. när nuvarande avtal löper ut. I samband med denna omprövning bör en utvärdering kunna ske av olika försöksverksamheter.

Utvecklingen på missbruksområdet kan förväntas leda till stora kostnadsökningar. Beredningen har inte funnit det möjligt att visa hur förslagen skall kunna finansieras i form av rationaliseringar och omprövningar. Detta visar tydligt på behovet av den kartläggning av missbrukarvårdens mål och medel och kostnadernas fördelning på olika åtgärder som RRV inledningsvis efterlyst.

Länsrätten i Stockholms län

Om socialberedningens förslag görs till lag kommer vi på papperet att få en ordning som möjliggör en långt bättre missbruksvård än f. n., t. o. m. en högst förtjänstfull sådan.

För detta krävs emellertid också en kraftig resursuppyggnad. Länsrätten befarar att politikernas vilja att satsa erforderliga pengar inte på långa vägar kommer att stå i paritet med lagstiftarens ambitioner. Situationen inom Stockholms län utgör ett tydligt talande exempel härpå.

Socialberedningens förslag om en rikstäckande ledningsgrupp med företrädare för socialstyrelsen och kommunförbundet är vällovligt men otillräckligt. För att verkligheten skall komma i nivå med lagstiftningen kommer att krävas ett långt starkare statligt inflytande, långt starkare statliga påtryckningsmedel eller långt större statliga ekonomiska åtaganden.

Måhända kommer det att visa sig nödvändigt att staten återtar huvudmannaskapet för LVM-vården.

Länsstyrelsen i Stockholms län

Länsstyrelsen ansluter sig också till beredningens bedömning att institutionsresurserna måste ses över och byggas ut. Enligt länsstyrelsens uppfattning bör även övervägas om inte institutionshuvudmännen skall erhålla full kostnadstäckning av statsmedel vid en fortsatt utbyggnad av LVM-vården.

Om lagstiftningen ändras på det sätt beredningen nu föreslår måste i vart fall länsstyrelsen i Stockholms län erhålla en resursförstärkning. Man måste utgå från att arbetsbördan kommer att öka väsentligt, vilket bör beaktas i den fortsatta beredningen.

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län

LVM-vårdens innehåll lämnar i dag inte mycket övrigt att önska, både när det gäller vården på institution och uppföljningen i öppenvård. Det är ett rimligt krav att den som av samhället berövas sin frihet för tvångsvård skall erbjudas en ändamålsenligt vård av hög kvalitet. Stora insatser måste göras för att förbättra den nuvarande LVM-vården. Det finns skäl att överväga ett förändrat statsbidragssystem som i större utsträckning än det

nuvarande kan ge garantier för att de sämst ställda missbrukargrupperna får sina vårdbehov tillgodosedda. Länsstyrelsen ser det positivt att den nödvändiga utbyggnaden av LVM-vården för i första hand narkotikamissbrukare stöds genom ett kompletterande statsbidrag.

Socialberedningens förslag innebär ökade kostnader för kommunerna, framför allt beroende på de utvidgade grunderna för tvångsvård. Kommunerna har redan i dag svårt att erbjuda en differentierad vård till dem som blir föremål för tvångsvård. Det kan befaras att en utbyggnad av tvångsvården sker på bekostnad av vårdens kvalitet och frivilligvårdens resurser. Staten måste enligt länsstyrelsens mening överväga en övergång till ett statsbidragssystem som ger större möjligheter att styra hur resurserna används.

Socialberedningen hävdar att förslaget innebär en viss lättnad i länsstyrelsens arbetsbörda och att den besparing som görs bör användas till en förstärkt tillsyn och handledning av socialnämnderna. Enligt länsstyrelsens bedömning kommer förslaget inte att innebära att länsstyrelsens arbetsbörda när det gäller LVM-ärenden minskar. Ett ökat inslag av tvång i missbrukarvården gör det däremot än mer angeläget att länsstyrelsen får resurser för tillsynsarbete, såväl i enskilda ärenden som mer övergripande. Den personalförstärkning som länsstyrelsen fick för arbetet med utredningar och ansökningar enligt LVM är klart otillräcklig. Arbetet har hittills klarats genom en omprioritering som fått negativa konsekvenser för länsstyrelsens arbetsuppgifter enligt 68, 69 och 70 §§ socialtjänstlagen. Det behov av resursförstärkning länsstyrelsen har för att på ett tillfredsställande sätt kunna fullgöra sina arbetsuppgifter som tillsynsmyndighet för socialtjänsten kommer inte att tillgodoses genom den föreslagna förändringen av LVM.

Svenska kommunförbundet

En förändring av missbruksvården i den riktning beredningen förespråkar är emellertid omöjlig att genomföra, utan ett resurstillskott till kommunerna, vilket beredningen tycks inse. Upprustning förutsätts ske på olika områden, främst inom ungdomsvården. När LVM ursprungligen togs omfattade lagen – till skillnad mot nykterhetsvårdslagen – också narkotikamissbrukarna. Regeringen var i det sammanhanget ovillig att tillföra nya resurser till vården. En förlängd vårdtid samt möjligheter att nå unga svåra missbrukare ställer nya krav på kommunerna vilket statsmakten måste vara medveten om.

Det lagförslag som nu läggs medför omfattande åtaganden för kommunerna jämfört med lagens nuvarande konstruktion. Grunderna för omhändertagande ändras, "kan" utbyts mot "skall", vårdtiden förlängs. Förbundsstyrelsen har den bestämda uppfattningen att ett villkor för lagens genomförande måste vara nya riktade statliga bidrag till LVM-vården.

I det missiv som socialdepartementet nu tillställt remissinstanserna finns ett avsnitt som refererar till regeringens tilläggsdirektiv till kommittéerna. Där behandlas frågan om kostnadsberäkningar i kommittéförelägg. Socialdepartementet tillägger: "Beredningen har i sitt betänkande inte helt följt dessa direktiv. Remissinstanserna bör beakta detta vid sin granskning av förslagen". Förbundsstyrelsen ser socialdepartementets kommentar som illavarslande. Bekämpandet av alkohol- och narkotikamissbruket är ett nationellt problem. Staten kan inte med bibehållen trovärdighet undandra sig detta ansvar.

Förbundsstyrelsen skulle avslutningsvis gärna se att en översyn av de organisatoriska formerna för statsbidrag till utvecklingsprojekt görs. Medel till utveckling av institutionsvård och narkomanvård fördelas i olika

anslagsformer både från socialstyrelsen och socialdepartementet. Detta förhållande – inklusive tillkomsten av utvecklingspengar i HIV/AIDS-arbetet – har medfört att det praktiskt taget är omöjligt för huvudmännen att hålla sig informerade om alla skilda bidragsmöjligheter.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 3

Landstingsförbundet

Beredningen tar på skilda håll i betänkandet upp att de nya reglerna för statsbidrag till missbrukarvården lett till kraftiga minskningar av platsantalet vid behandlingshemmen för missbrukare. Den nya konstruktionen syftade just till att stimulera utbyggnaden av öppna behandlingsalternativ på bekostnad av institutionsplatser. Med hänsyn till erfarenheterna bör, enligt styrelsens mening, den ändrade statsbidragsutformningen snarast tas upp till diskussion mellan avtalsparterna.

Bristen på s. k. 18 § platser påtalas såväl i beredningens betänkande som i många andra sammanhang. Någon samlad konkret bild av behovet tycks dock f. n. inte vara möjligt att få. Beredningen föreslår konkreta åtgärder för att komma tillrätta med situationen. Bl. a. föreslås ett särskilt riktat statsbidrag som ej enbart skall utgå till själva LVM-hemmen utan även bidra till att utveckla innehållet i den LVM-vård som sker utanför institutionerna. Förbundsstyrelsen ställer sig bakom förslagen och anser liksom beredningen att dessa frågor bör behandlas snabbt och i särskild ordning utan att ställning tagits till förslaget om reviderad lagstiftning. I sammanhanget kan nämnas att diskussioner nu pågår mellan företrädare för de båda kommunförbunden, socialstyrelsen och socialdepartementet om en utredning av behovet av narkomanvårdsplatser.

Stockholms kommun

Missbrukarvården behöver vidareutvecklas mot en större flexibilitet i behandlingsarbetet, där insatser inom den öppna vården får en ökad betydelse. Det nya statsbidragssystemet ger också kommunerna en större frihet att avgöra fördelningen av resurserna mellan öppen vård och institutionsvård, vilket är mycket positivt.

En stor andel av missbruks- och HIV-problematiken är koncentrerad till Stockholm. I den mån antalet platser för tvångsvård behöver utökas är det nödvändigt att de kommuner som påtar sig detta får full kostnadstäckning. Skulle beredningens förslag om utökad tvångstid gå igenom, blir detta än mer angeläget.

Göteborgs kommun

Tvångsvårdens roll i missbrukarvården fastställs av statsmakterna. Det är därför, enligt kommunstyrelsens mening, nödvändigt att en utvidgad tvångsvård åtföljs av ett fullständigt ekonomiskt åtagande från statens sida. De kommunala utgifterna ökar kraftigt, även om ett riktat statligt bidrag till viss del av driften av ett LVM-hem utgår. Detta kan försvåra utbyggnaden av LVM-resurser i tillräcklig omfattning. Kommunstyrelsen anser att staten bör stå för hela den kostnad som kan beräknas uppkomma på grund av ny lagstiftning.

Ett särskilt statligt bidrag, riktat till LVM-vården, bör också kompletteras med en ökning av det generella statsbidraget till missbrukarvården.

Arvika kommun

Socialnämnden instämmer i beredningens förslag om utökade resurser för

LVM-vård på sid. 38 och tillstyrker inrättande av en särskild ledningsgrupp som inventerar behovet av nya resurser. Nämnden instämmer även i behovet av särskilda medel för uppbyggnad av statliga resurser för LVM-vård.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 3

Helsingborgs kommun

Socialförvaltningen delar inte betänkandets tro på att statsbidragen bör vara det sätt på vilket missbruksvårdens utformning skall påverkas. Vad gäller resurser saknar inte samhället totalt sett medel. Vad som behövs är friare möjligheter att disponera de medel samhället totalt sett satsar på missbruksvård och missbrukets effekter.

— — —

En friare resursanvändning av de medel som samhället satsar på dessa sektorer skulle mycket snabbt öka kapaciteten inom vårdsektorn och den förebyggande missbruksvården. Exempelvis kunde förtidspensioner och socialbidrag ersättas i många fall med samhällsnyttigt arbete, alkoholförtäring i samband med bilkörning helt förbjudas och slutligen dyrbar sjukhusvård för alkoholskadade kombineras/ersättas med missbruksvård.

Enligt betänkandet är de tillgängliga vårdplatserna för få i förhållande till behoven. Bristen är särskilt påtaglig för narkotikamissbrukarna. Särskilda statliga medel föreslås utgå för att utveckla LVM-vården. Medel bör även utgå till den vård som erbjuds utanför LVM-hemmen. En speciell ledningsgrupp med företrädare från socialstyrelsen och de båda kommunförbunden skall fördela dessa pengar.

Socialförvaltningen delar åsikten att medel behövs för att tillskapa nya och bättre vårdalternativ inom missbruksvården. Utvecklingen bör dock inte långsiktigt styras utifrån beviljande av projektbidrag utan utifrån samhälleligt fastlagda mål som respektive huvudmän har att rätta sig efter. Emellertid behövs sannolikt projektbidrag under ett inledningsskede för att styra, stimulera och påskynda utvecklingen.

Uppsala kommun

Kommunstyrelsen konstaterar att de föreslagna förändringarna kan få avsevärda konsekvenser från kostnadssynpunkt. Förslaget att utvidga grunderna för tvångsvården så att den kan bli aktuell i ett tidigare skede av missbruket bör rimligtvis leda till att ett ökat antal bereds vård med stöd av LVM. På längre sikt kan behovet av vårdplatser öka ytterligare till följd av bl. a. HIV/AIDS-epidemiens utbredning bland de intravenösa narkotikamissbrukarna. Det kommer att behövas ett särskilt statsbidrag för utvecklingen av LVM-vården vid sidan av det reguljära statsbidraget. Ett sådant stimulansbidrag bör komma såväl kommun som enskilda huvudmän till del. Detta för att kunna utveckla en ny behandlingsinriktad LVM-vård och för utveckling av behandlingsresurser för HIV-positiva missbrukare.

En utvecklad och strukturerad öppenvård, utslussning och eftervård efter behandling, handledning och utbildning av personal innebär avsevärt ökade kostnader för missbrukarvården som till en del måste finansieras av statsbidrag.

— — —

Uteblivna insatser eller onödigt sena insatser i ljuset av bl. a. HIV/AIDS-epidemiens utbredning bland intravenösa narkotikamissbrukare, kan på sikt medföra utomordentligt stora kostnader för samhället. Här måste dock stat, landstingskommuner och kommuner ta ett gemensamt ansvar för att klara detta.

En begränsning av HIV-smittans utbredning och ett minskat missbruk

av såväl alkohol som narkotika innebär stora kostnadsbesparingar för samhället. Förutom att en satsning på missbrukarvård är en humanitär insats kan det dessutom i ett längre perspektiv vara ekonomiskt lönsamt.

Missbrukarvården måste dock på kort sikt tillföras avsevärda ekonomiska resurser för att klara att vända utvecklingen. Kommunstyrelsen vill framhålla att den kommunala socialvården är beredd att ta sin del av detta ansvar men att det måste ske med avsevärda resursförstärkningar.

Skaraborgs läns landsting

Socialvårdsnämnden kan instämma i socialberedningens förslag, att det behövs fler LVM-platser på institution, speciellt för klienter som kräver särskilt noggrann tillsyn enligt LVM § 18. Det finns också planer, i viss mån verkställda, på en utbyggnad av denna vård. Å andra sidan får man inte gå i den fälla som f.d. JO Tor Sverne pekat på i sin utredning om hemmen för särskilt noggrann tillsyn enligt LVU § 12. Där har det minskade upptagningsområdet inneburit att klienter av olika svårighetsgrad blandats, varav följt att den specifika kunskapen om de svåraste grupperna uttunnats.

Det torde därför även i fortsättningen vara nödvändigt med samarbete inom större regioner än länen. Detta är emellertid inte något som behöver medföra krav på återgång till statligt huvudmannaskap. Nämnden tror heller inte att det finns politiskt underlag för en sådan ändring.

Örebro läns landsting har förståelse för att beredningens förslag måste tvunga fram resurser till bättre vård och tidigare ingripande.

Förvaltningsutskottets konkreta erfarenheter är att den statsbidragsreformen som skett sedan 1983 varit nödvändiga för att förändra en stelnad institutionsstruktur men att det inte i längden är rimligt att verkställighet av enligt lag utdömd tvångsvård skall vara beroende av olika huvudmäns eventuella frivilliga engagemang och vilja att satsa på ekonomiskt riskfyllda institutionsresurser.

Sammanfattningsvis kan därför sägas, att utskottet anser lagförslaget i sin helhet som en bra och logisk utveckling mot bakgrund av de erfarenheter och kunskaper som finns i dag omkring missbrukssituationen i landet, men att de konstruktiva ambitionerna riskerar att raderas om resurser till kvalitativt god vård inte tillskapas. Vidare är det realistiskt att tro, att en vårdlag – oavsett hur den utformas – enbart kan vara ett komplement till mer grundläggande generella socialpolitiska åtgärder för att förhindra uppkomst och vidmakthållande av missbruk.

TCO

Hela missbruksvården lider av allvarliga resursproblem. Om tillräckliga resurser hade avsatts för förebyggande vård och frivillig vård så att denna blivit effektiv och attraktiv, så hade behovet av tvångsingripande sannolikt kraftigt reducerats. Ökad satsning på vård i ett tidigt stadium hade sannolikt också bidragit till en lägre totalkostnad för samhället, genom att vårdtiderna förkortats och bättre rehabiliteringsresultat uppnåtts.

TCO anser också att ökade resurser bör ges som stöd till frivilliga organisationer som är en viktig resurs i missbruksvården. Frivilligorganisationernas insatser är ett värdefullt komplement till samhällets vård och ansvar både i det förebyggande arbetet och i det nätverk som bör finnas runt missbrukaren.

TCO anser att den väsentligaste åtgärden inom missbruksvården för att uppnå ett förbättrat vårdresultat är att utöka resurserna. Detta krävs för att möjliggöra en satsning på personalen. Det gäller att satsa på lönerna, utbildning, metodutveckling och forskning, yrkesrollsutveckling och arbetsmiljö.

SACO/SR

Ett allvarligt problem är att det för närvarande i stort sett saknas LVM-enheter i landet. Även om en viss planerad utbyggnad pågår, torde inom överskådlig framtid antalet vårdplatser på LVM-institutioner vara gravt underdimensionerat. Det är också väsentligt att andra vårdresurser för missbrukargrupperna i form av polikliniker och missbruksteam bibehålls och förstärks och inte försvinner som på vissa håll i dag.

LO

Socialberedningen anser att tvångsvården i fortsättningen måste ha högt ställda rehabiliteringsmål. Detta kräver en ny typ av kvalificerad tvångsvård som i stort sett saknas i dag. LVM-vården måste rustas upp. Kunskaps- och metodutvecklingen måste stimuleras, löner och andra anställningsvillkor för personalen måste förbättras. Dessutom bör särskilda ekonomiska satsningar göras i form av ett särskilt statsbidrag för att utveckla LVM-vården.

LO vill starkt understryka behovet av en sådan satsning. Tvångsvården måste utvecklas. Den riskerar annars att bli en form av förvaring utan särskilt framgångsrika resultat. Effektiv vård kräver kunnig och engagerad personal. Kraftiga satsningar på personalen – såsom beredningen föreslår – är en avgörande förutsättning för att utveckla missbrukarvårdens kvalitet.

Vi menar dock att hela missbrukarvårdens status måste höjas. Inte minst den kommunala socialtjänsten som ju under många år fått vidkännas sämre resurser och ett försämrat arbetsklimat. En viktig del av samhällets stöd till missbrukarvården är därför enligt vår uppfattning en kraftig ekonomisk satsning på såväl metodutveckling och kunskapsupbyggnad som personalutveckling för att få till stånd ett nytt engagemang och ett nytt intresse för missbrukarvården överhuvudtaget.

Behandlingshemmens riksförbund

Eftersom tvångsvårdens roll i missbruksvården fastställs av statsmakterna, är det därför enligt BRF:s mening rimligt att en utökad tvångsvård åtföljs av ett ökat ekonomiskt åtagande från statens sida. Detta riktade bidrag till LVM-vården bör också kompletteras med ett rejält påslag av det generella bidraget, som varit oförändrat under en tvåårsperiod. I resurstillskottet bör också medräknas ökade utbildningsinsatser och personalförstärkningar.

RFHL

RFHL uppfattar det ekonomiska läget inom vårdsektorn så, att det inte finns utrymme för både en kraftig utbyggnad av den frivilliga narkomavården i form av särskilda öppenvårdsenheter (narkomavårdsbaser) och ett differentierat utbud av bra behandlingshem och en samtidig kraftig utbyggnad av LVM-vården i enlighet med beredningens förslag. Det ena måste ske på det andras bekostnad och en prioritering måste företas.

RFHL bedömer det så att satsningen i första hand måste göras inom öppenvårdssidan (så att dyr tvångsvård kan förebyggas) och på bra behandlingshem som kan ges ekonomiskt utrymme för utvecklingsarbete, så att missbrukargrupper som i dag hamnar i marginalen kan erbjudas bra narkomanvård och grupper som man i dag har problem med kan erbjudas en bättre vård. Vägen till framgång för svensk narkomanvård går via kunskaps- och metodutveckling och god framförhållning i rekrytering och utbildning av morgondagens personal. Den vägen blir svårframkomlig om beredningens förslag om utvidgad tvångsvård går igenom.

Verdandi kräver bl. a.

Att resurser satsas på att bygga ut vårdformer som bygger på frivillighet och samspel med den enskilde. I dag kan samhället inte tillgodose den efterfrågan som finns på goda vårdinsatser. Det behovet behöver täckas i stället för att satsa resurser på en tvångsvård som ingen vill ha och som därför inte blir framgångsrik.

Att det måste finnas kvalificerade vårdalternativ även för de missbrukare som är i svagast situation. De insatser som för närvarande görs för att bygga upp kvalificerad vård kommer inte de sämst ställda missbrukarna till del. Utbyggnaden görs i stor utsträckning i privat regi och vänder sig till i första hand missbrukare med relativt ordnad social situation och god prognos.

ALRO föreslår bl. a.

att ett utökat ekonomiskt stöd till klientrörelsen snarast möjliggörs,

att ekonomiska resurser ställs till förfogande för utbildning i bl. a. motivation gällande personal på LVM-hem, socialsekreterare samt annan personal inom missbruksområdet.

att behandlingsinnehållet på befintliga LVM-institutioner utreds och förbättras,

att resurserna för öppenvården utökas.

IOGT/NTO framhåller bl. a.

Ovan har konstaterats att kriminalvården saknar resurser för att i tillfredsställande omfattning kunna sätta in nödvändiga sociala stöd- och behandlingsåtgärder. Detsamma gäller, som tidigare betonats, socialtjänsten. Missbruksarbetet och de förebyggande insatserna är till följd av samhällets ekonomiska svårigheter lågt prioriterade.

En första nödvändig uppgift är nu att förhindra socialtjänstens urholkning. Både samhällsinstanserna och de frivilliga organisationerna måste ges tillräckliga personella och ekonomiska förutsättningar för att bedriva meningsfullt vårdarbete, inte minst bland dem som av fri vilja och egen kraft efterfrågar sådan.

Oberoende av inställning till tvånget som metod bland vuxna missbrukare måste det dock framstå som meningslöst att utöka vårdtidens längd och grunderna för tvångsingripanden om det inte *samtidigt* ställs erforderliga ekonomiska resurser till förfogande. Vårdmetoderna måste utvecklas. Det är inte rimligt att finansiera fortsatt och utökad tvångsvård (med tivelaktiga behandlingsresultat) på bekostnad av social service och förebyggande insatser.

6.1 Särskilda befogenheter

Två av remissinstanserna vill utvidga möjligheterna till kontrollåtgärder under vårdtiden enligt LVM. *RÅ* anser att en "fullständig kroppsbesiktning bör kunna göras när missbrukaren vårdas på ett LVM-hem". *Kammarrätten i Stockholm* framhåller att domstolen i tidigare yttrande ifrågasatt om inte regler motsvarande dem i 52 a–c §§ lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt rörande kroppsbesiktning och föreläggande att lämna urinprov bör införas i LVM.

Domstolen vidhåller att en sådan lösning är motiverad. Med tanke på spridningen av AIDS bland sprutnarkomaner bör även föreläggande att lämna blodprov kunna komma i fråga. Tilläggas kan att inom kriminalvården AIDS-test erbjuds vid intagning och att erbjudandet accepteras av de flesta.

6.2 Vilande LVM-beslut och "tvångsvist kontaktmannaskap"

Socialberedningen föreslår att rättens beslut om vård enligt LVM upphör att gälla om vården inte har påbörjats inom fyra veckor från den dag beslutet vann laga kraft.

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län avstyrker förslaget. Ett beslut om tvångsvård bör verkställas relativt omgående. Det finns, enligt länsstyrelsen, annars en risk att tiden används som "en form av villkorligt anstånd".

Två remissinstanser föreslår att fristen förlängs.

Kammarrätten i Jönköping

Fristen skulle kunna förlängas till förslagsvis sex månader och ett nytt begrepp införas i lagen – nämligen anstånd med verkställighet. Under denna tid kan socialnämnden aktivt verka för att ge klienten erforderligt stöd i form av bostad och arbete eller utbildning samt i övrigt personligt stöd eller behandling för att klienten skall kunna varaktigt komma ifrån sitt missbruk. Troligen skulle många, vilka annars intas på LVM-hem, härigenom kunna kvarstanna ute i samhället och vårdas genom frivillig medverkan och således antalet tvångsvårdade minska.

Kammarrätten ifrågasätter också om inte någon form av "tvångsvisa förebyggande åtgärder" eller "tvångsvist kontaktmannaskap eller övervakning" vore värt att pröva.

Om man med förebyggande åtgärder, som efter beslut av länsrätt tvingades på en missbrukare, kunde undvika bara några få fall av tvångsvård, vore en bestämmelse i någon mån motsvarande 14–15 §§ nykterhetsvårdslagen att förorda. Främst de unga missbrukarna skulle man kunna nå med sådana åtgärder.

RNS anser att fristen för verkställigheten av ett LVM-beslut bör förlängas från föreslagna fyra veckor till sex månader. *RNS* anser vidare att förslaget saknar s. k. mellanåtgärder, dvs. mindre men tvingande åtgärder, genomförda i hemkommunen.

RNS anser det vara både humant och ekonomiskt att införa någon eller några mellanåtgärder såsom föreskrift och övervakning. Dessa åtgärder skulle i så fall beslutas av SN och kunna överklagas till länsrätt.

FMN tar inte uttryckligen ställning i dessa frågor men ifrågasätter

om man helt skall utesluta s. k. "mellanåtgärder" exempelvis "vilande LVM-beslut" med föreskrifter om att påbörja behandling. Med nuvarande och föreslagen utformning av lagen blir det en "antingen eller" situation. Dvs. antingen frivilliga åtgärder eller institutionsplacering i vart fall inledningsvis. Jämför exempelvis kontraktsvårdens möjligheter. Dessa ställer emellertid ytterligare krav på kvalificerade resurser inom den öppna vården.

1 Förslag till

Lag om vård av missbrukare i vissa fall

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § De i 1 § socialtjänstlagen (1980:620) angivna målen för samhällets socialtjänst skall vara vägledande för all vård som syftar till att hjälpa enskilda människor att komma ifrån missbruk av alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel. Vården skall bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde.

2 § Vård inom socialtjänsten ges en missbrukare i samförstånd med honom enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (1980:620). En missbrukare skall dock beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i denna lag (tvångsvård).

För tvångsvårdens innehåll och utformning gäller bestämmelserna i socialtjänstlagen, om inte något annat anges i denna lag.

3 § Tvångsvården skall syfta till att motivera missbrukaren att frivilligt medverka till fortsatt behandling och stöd för att komma ifrån sitt missbruk.

Beredande av vård

4 § Tvångsvård skall beslutas, om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller annat beroendeframkallande medel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (1980:620) eller på något annat sätt och han till följd av missbruket

1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
2. uppenbarligen äventyrar sina levnadsförhållanden i övrigt, eller
3. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Om någon för kortare tid ges vård med stöd av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt denna lag.

5 § Länsrätten beslutar om beredande av tvångsvård.

6 § Myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare är skyldiga att anmäla till länsstyrelsen om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt denna lag. Detta skall dock inte gälla myndigheter inom hälso- och sjukvården i vidare mån än som följer av andra stycket.

En läkare skall göra anmälan till länsstyrelsen, om han i sin verksamhet kommer i kontakt med någon som kan antas vara i behov av vård enligt denna lag och han bedömer att denne inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

7 § Länsstyrelsen skall inleda utredning, när den genom anmälan enligt 6 § eller på något annat sätt har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård.

Myndigheter som anges i 6 § första stycket är skyldiga att lämna länsstyrelsen alla uppgifter som kan vara av betydelse för en sådan utredning.

8 § När en fråga uppkommit om att bereda en missbrukare tvångsvård skall socialnämnden lämna länsstyrelsen en redogörelse för missbrukarens förhållanden samt för tidigare vidtagna och för planerade åtgärder. Socialnämnden skall också ange i vilket hem intagning kan ske och vilken vård utanför hemmet som planeras, om intagning sker.

9 § Socialnämnden skall i samband med att redogörelsen enligt 8 § upprättas utse en tjänsteman hos nämnden som skall svara för kontakterna med missbrukaren och med olika vårdgivare.

10 § När utredningen har inletts skall länsstyrelsen, om det inte är uppenbart obehövligt, besluta om läkarundersökning av missbrukaren samt utse en läkare för undersökningen. Läkaren skall i ett intyg ange missbrukarens aktuella hälsotillstånd.

11 § Anser länsstyrelsen efter utredning att det finns skäl att bereda någon tvångsvård, skall länsstyrelsen ansöka om sådan vård hos länsrätten.

Till ansökan skall fogas de uppgifter socialnämnden lämnat enligt 8 § och, om det inte möter synnerligt hinder, ett läkarintyg om missbrukarens aktuella hälsotillstånd.

Om ansökan inte innehåller läkarintyg eller om det behövs av något annat skäl, får rätten besluta om läkarundersökning.

12 § Har rätten beslutat om tvångsvård skall socialnämnden se till att beslutet verkställs genom att missbrukaren bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 24 § första stycket, på sjukhus.

Rättens beslut upphör att gälla, om vården inte har påbörjats inom fyra veckor från den dag då beslutet vann laga kraft.

Beslutet upphör också att gälla om missbrukaren, sedan vården har påbörjats, under minst sex månader i följd antingen har vistats olovligt utanför ett hem som avses i 22 § eller varit intagen i häkte eller kriminalvårdsanstalt.

Omedelbart omhändertagande

13 § Socialnämnden eller polismyndigheten får besluta att en missbrukare omedelbart skall omhändertas, om

1. det är sannolikt att han kan beredas vård med stöd av denna lag, och

2. rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att han kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat, om han inte får omedelbar vård, eller på grund av att det föreligger en överhängande risk för att han till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Kan socialnämndens beslut om omhändertagande inte avvaktas, får beslut om omhändertagande fattas av nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat. Beslutet skall anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

När länsstyrelsen har ansökt om tvångsvård, får även rätten besluta att missbrukaren omedelbart skall omhändertas.

14 § En läkare skall göra anmälan till socialnämnden, om han i sin verksamhet kommer i kontakt med någon som kan antas omedelbart behöva tas om hand enligt denna lag och han bedömer att denne inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

15 § Har socialnämnden eller polismyndigheten beslutat om omedelbart omhändertagande, skall beslutet genast underställas länsrätten eller, om beslutet har fattats efter det att länsstyrelsen har ansökt om tvångsvård, den rätt som prövar frågan om vård.

Länsstyrelsen skall genast underrättas om beslutet. Har polismyndigheten fattat beslutet, skall myndigheten genast underrätta socialnämnden om sitt beslut.

16 § Innan ett beslut om omedelbart omhändertagande underställs rätten skall den myndighet som fattat beslutet, *om det inte möter hinder*, låta den omhändertagne få del av handlingarna i ärendet samt underrätta honom om hans rätt att

1. yttra sig skriftligt till rätten inom en viss angiven tid,
2. begära muntlig förhandling, och
3. erhålla rättshjälp genom offentligt biträde.

Myndigheten skall också upplysa honom om att rätten kan komma att avgöra målet även om yttrande inte lämnas.

17 § Rätten skall så snart det kan ske och senast inom fyra dagar från det att beslutet underställdes rätten eller, om beslutet inte är verkställt när det underställs, från det att beslutet verkställdes, pröva om omhändertagandet skall bestå. Denna tid får förlängas till en vecka, om det på grund av någon särskild omständighet är nödvändigt.

Om det inte finns skäl för omhändertagande, skall rätten genast upphäva beslutet.

18 § Om omhändertagande har beslutats enligt 13 § första eller andra stycket, skall ansökan om tvångsvård ha kommit in till länsrätten inom en vecka från det länsrätten meddelade beslut att omhändertagandet skulle bestå. Har ansökan inte kommit in inom denna tid eller finner länsrätten att det inte längre finns skäl för omhändertagande, skall länsrätten upphäva beslutet om omhändertagande.

Ett beslut om omhändertagande upphör att gälla när rätten avgör frågan om vård enligt denna lag eller om den omhändertagne häktas.

19 § Socialnämnden skall se till att den som är omhändertagen enligt 13 § utan dröjsmål bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 24 § första stycket, på sjukhus.

Vårdtid

20 § Tvångsvården skall upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader (vårdtid). Vården skall anses påbörjad när missbrukaren på grund av beslut om omedelbart omhändertagande eller tvångsvård inställt sig vid eller förts till ett hem som avses i 22 § eller ett sjukhus. Vården upphör genom beslut om utskrivning enligt 25 §.

- 21 §** Som vårdtid räknas inte den tid då missbrukaren
1. olovligen vistas utanför ett hem som avses i 22 § eller
 2. är häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 4

Vården

22 § Tvångsvård lämnas genom hem som drivs av landstingskommuner eller kommuner och som är särskilt avsedda att lämna vård enligt denna lag (LVM-hem). Ett sådant hem skall ledas av en styrelse.

Styrelsen förestår vården vid hemmet i den mån uppgiften inte har överlåtits på en särskild föreståndare.

23 § För missbrukare som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall det finnas LVM-hem som är anpassade för sådan tillsyn. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen beslutar vilka hem som skall vara sådana hem.

24 § Vården skall inledas på sjukhus, om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt.

Om någon behöver sjukhusvård under vårdtiden, skall han beredas tillfälle till sådan vård.

Överläkaren vid den sjukhusenhet där missbrukaren vårdas skall se till att socialnämnden eller den som förestår vården vid LVM-hemmet genast underrättas, om missbrukaren önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset. Överläkaren får besluta att missbrukaren skall hindras att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att missbrukaren kan föras över till ett LVM-hem.

25 § Om intagning i och om utskrivning från ett LVM-hem beslutar den som förestår vården vid hemmet.

Den som förestår vården vid ett LVM-hem får besluta att en intagen skall flyttas till ett annat LVM-hem, om det anses lämpligt från vårdsynpunkt och den som förestår vården vid det andra hemmet samtycker till överflyttningen.

26 § Den som förestår vården vid ett LVM-hem skall fortlöpande hålla socialnämnden underrättad om hur vården framskrider och samråda med nämnden i alla frågor av vikt. Före överflyttning till ett annat hem och före utskrivning skall samråd alltid ske.

27 § Den som förestår vården vid ett LVM-hem skall, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form.

Socialnämnden skall se till att sådan vård anordnas.

Om förutsättningar för vård i annan form inte längre föreligger, får den som förestår vården vid LVM-hemmet besluta att missbrukaren skall hämtas tillbaka till hemmet.

28 § Innan vård i annan form påbörjas skall socialnämnden, i samråd med den intagne och den som förestår vården vid LVM-hemmet, upprätta en plan för den fortsatta vården.

29 § Har en intagen vistats i ett LVM-hem i tre månader utan att vård i annan form kommit till stånd, skall föreståndaren anmäla detta till hemmets styrelse och ange orsaken till det.

30 § Socialnämnden skall aktivt verka för att den enskilde efter vårtdi- den får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han får personligt stöd eller behandling för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 4

Särskilda befogenheter

31 § Den som vårdas enligt denna lag i ett LVM-hem får inte inneha alkoholhaltiga drycker, narkotika eller andra beroendeframkallande me- del, eller injektionssprutor eller kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmed narkotika. Han får inte heller inneha något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Påträffas sådan egendom som nu angetts, får den omhändertas.

32 § Om det anses påkallat, får den som vårdas enligt denna lag kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, när han kommer till LVM-hemmet, för kontroll av att han inte bär på sig något som han inte får inneha där. Detsamma gäller om det under vistelsen i hemmet uppkommer misstanke att sådan egendom skall påträffas hos honom.

Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning får inte göras mer ingående än vad ändamålet med åtgärden kräver. All den hänsyn som omständighe- terna medger skall iakttas. Om möjligt skall ett vittne närvara.

33 § Bestämmelserna i 31 och 32 §§ skall gälla för alla som vårdas i ett LVM-hem, om det är nödvändigt för att genomföra vården och upprätthå- la ordningen vid hemmet och regeringen eller, efter regeringens bemyndi- gande, socialstyrelsen medger det.

34 § Den som vårdas enligt denna lag i ett LVM-hem för särskilt nog- grann tillsyn får hindras att lämna hemmet och i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för att vården skall kunna genomföras. Hans rörelsefrihet får också inskränkas när det behövs av hänsyn till andra intagnas eller till personalens säkerhet.

35 § Försändelser till den som vårdas enligt denna lag i ett LVM-hem för särskilt noggrann tillsyn får kontrolleras, om det behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet eller till den intagnes särskilda förhållanden. Om en ankommande försändelse innehåller egendom som inte får innehas enligt 31 §, får egendomen omhändertas.

36 § Har alkoholhaltiga drycker, narkotika eller andra beroendeframkal- lande medel omhändertagits enligt 31 eller 35 § eller påträffats inom ett LVM-hem utan att det finns någon känd ägare till dem, skall den som förestår vården vid hemmet låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagnen egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m. m. Belopp som erhålls vid försäljning tillfaller staten.

Detsamma skall gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmed narkotika.

Bestämmelser om handläggningen

37 § Mål och ärenden enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.

38 § I mål om beredande av tvångsvård, där omhändertagande har beslutats enligt 13 § första eller andra stycket, skall länsrätten ta upp målet till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan om vård kom in eller, om beslutet om omhändertagande har fattats efter det att länsstyrelsen har ansökt om vård, inom en vecka från den dag då underställningen skedde. Om ett beslut om omedelbart omhändertagande inte är verkställt när det underställs eller om länsrätten har beslutat om omedelbart omhändertagande enligt 13 § tredje stycket, skall målet tas upp till avgörande inom en vecka från den dag då beslutet verkställdes.

Länsrätten får förlänga dessa tider, om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt.

39 § I mål om beredande av tvångsvård skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövligt. I andra mål enligt denna lag prövar rätten om det finns skäl att hålla muntlig förhandling.

Om någon part begär muntlig förhandling, skall sådan hållas. Parterna skall upplysas om sin rätt att begära muntlig förhandling.

Om en enskild part som har kallats vid vite att inställa sig personligen till en förhandling uteblir, får rätten förordna att han skall hämtas till rätten antingen omedelbart eller till en senare dag.

40 § Vid handläggning i kammarrätt av andra mål enligt denna lag än mål om omedelbart omhändertagande skall nämndemän ingå i rätten.

41 § I mål och ärenden enligt denna lag får delgivning med den enskilde inte ske med tillämpning av 12 eller 15 § delgivningslagen (1970:428).

42 § Om offentligt biträde och annan rättshjälp i mål och ärenden enligt denna lag finns bestämmelser i rättshjälpslagen (1972:429).

43 § Beslut om omhändertagande enligt 13 § gäller omedelbart.

Beslut om överflyttning enligt 25 § andra stycket får förordnas att gälla omedelbart, om det behövs från vårdsynpunkt. Andra beslut av den som förestår vården vid ett LVM-hem gäller omedelbart.

Rätten får förordna att beslut som rätten har meddelat skall gälla omedelbart.

Bestämmelser om överklagande

44 § Beslut av den som förestår vården vid ett LVM-hem får överklagas av den enskilde hos länsrätten, om beslutet avser överflyttning enligt 25 § eller avslag på begäran om utskrivning.

Andra beslut enligt denna lag av den som förestår vården vid ett LVM-hem får inte överklagas.

Beslut om läkarundersökning enligt 10 § eller 11 § tredje stycket får inte överklagas.

Överklagande av rättsens beslut om omhändertagande enligt 13 § är inte inskränkt till viss tid.

Polishandräckning

45 § Polismyndigheten skall lämna biträde för att

1. på begäran av länsstyrelsen eller rätten föra en missbrukare till en beslutad läkarundersökning.

2. på begäran av socialnämnden föra den som skall beredas vård eller som är omedelbart omhändertagen enligt denna lag till ett LVM-hem eller sjukhus.

3. på begäran av överläkaren i fall som avses i 24 § tredje stycket föra den som skall beredas vård eller som är omedelbart omhändertagen enligt denna lag till ett LVM-hem samt

4. på begäran av den som förestår vården vid ett LVM-hem efterforska, hämta eller förflytta någon som skall tas in i hemmet eller som vårdas där med stöd av denna lag.

Åtalsprövning

46 § Är någon som har beretts vård med stöd av denna lag misstänkt för brott, för vilket inte föreskrivs strängare straff än fängelse i ett år och som hör under allmänt åtal, samt har brottet begåtts innan vården påbörjades eller under vårdtiden, skall åklagaren pröva om åtal lämpligen bör ske. Styrelsen för det hem där den misstänkte vårdas eller, om vården har upphört, socialnämnden skall därvid höras om det inte är obehövt.

Övriga bestämmelser

47 § Med socialnämnden avses i denna lag socialnämnden i den kommun som enligt 3 § socialtjänstlagen (1980:620) har ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som han behöver. Att överflyttning av ärenden till en annan socialnämnd kan ske i vissa fall framgår av 72 § socialtjänstlagen.

Med länsstyrelsen avses i denna lag länsstyrelsen i det län, inom vilket den ansvariga kommunen är belägen.

Beslut om tvångsvård enligt 5 § och med anledning av omhändertagande enligt 13 § fattas av länsrätten i det län som anges i andra stycket. Den länsrätt som meddelade beslutet om vård beslutar också i frågor som avses i 44 § första stycket.

48 § Landstingskommunen eller kommunen får för ett LVM-hem antingen utse en särskild styrelse eller uppdra åt någon annan nämnd att vara styrelse. Två eller flera LVM-hem kan ha en gemensam styrelse.

Följande bestämmelser i 3 kap. kommunallagen (1977:179) gäller i tillämpliga delar i fråga om en särskild styrelse, nämligen

2 § om antalet ledamöter m. m.,

3 § första stycket om valbarhet m. m.,

4 § om rätt till ledighet från anställning,

5 § första stycket om mandattid,

5 § tredje stycket om verkan av ledamots avgång,

6 § om ordförande och vice ordförande,

7 § om tid och plats för sammanträde samt om närvarorätt vid sammanträde,

8 § om suppleants tjänstgöring m. m.,

9 § första stycket om beslutförhet,

10 § om beslutsförfarande och protokoll m. m.,

11 § om delgivning,

12 § om reglemente och delegation.

För Stockholms kommun gäller dock inte 3 kap. 5 § första stycket eller 6 § kommunallagen.

Landstinget eller kommunfullmäktige får besluta att även andra än ledamöter eller suppleanter i styrelsen får närvara vid styrelsens sammanträ-

den och delta i överläggningarna men ej i besluten samt få sin mening antecknad i protokollet.

Prop. 1987/88:147
Bilaga 4

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1989, då lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall skall upphöra att gälla.

2. Den gamla lagen gäller dock fortfarande när ansökan om vård med stöd av den lagen har kommit in till länsrätten före den 1 januari 1989.

3. Har ett beslut fattats om omhändertagande enligt 8 § i den gamla lagen och har ansökan om vård inte kommit in till länsrätten före den 1 januari 1989, skall beslutet anses som ett beslut enligt 13 § i den nya lagen.

4. Om det i en lag eller i en författning som har beslutats av regeringen hänvisas till den gamla lagen, skall hänvisningen i stället avse denna lag. Hänvisas det till en föreskrift som har ersatts genom en föreskrift i denna lag, skall den nya föreskriften tillämpas.

Härigenom föreskrivs att 11, 47 och 49 §§ socialtjänstlagen (1980:620) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

11 §

Socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Insatser för barn och ungdom bör därvid ägnas särskild uppmärksamhet.

Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. Nämnden skall även stödja den enskilde missbrukaren och se till att han får den hjälp eller vård som behövs för att komma ifrån missbruket.

Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns.

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera de stöd- och hjälpinsatser som behövs och noga följa den planlagda vården.

47 §¹

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får inte avse vad som ankommer på nämnden enligt 2, 5, 6 och 8 a §§, 11 § första och andra styckena, 17 § tredje stycket samt 18 § lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får inte avse vad som ankommer på nämnden enligt 2, 5, 6 och 8 a §§, 11 § första och andra styckena, 17 § tredje stycket och 18 § lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt 13 § lagen (1988:000) om vård av missbrukare i vissa fall.

I de kommuner där sociala distriktsnämnder inte har inrättats får dock beslutanderätten i frågor som avses i första stycket uppdras åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller suppleanter i nämnden.

49 §

Om rätt att i vissa fall fatta beslut i socialnämndens ställe finns bestämmelser i 29 § första stycket och i lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Om rätt att i vissa fall fatta beslut i socialnämndens ställe finns bestämmelser i 29 § första stycket samt i lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:000) om vård av missbrukare i vissa fall.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1989.

¹Senaste lydelse 1985: 395.

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 1988-03-07

Närvarande: f. d. regeringsrådet Nordlund, regeringsrådet Bouvin, justitierådet Lind.

Enligt protokoll vid regeringssammanträde den 11 februari 1988 har regeringen på hemställan av statsrådet Sigurdsen beslutat inhämta lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om vård av missbrukare i vissa fall,
2. lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620).

Förslagen har inför lagrådet föredragits av kammarrättsassessorn Christina Bergenstrand.

Förslagen föranleder följande yttrande av *lagrådet*:

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall

Förslaget innebär att en ny lag ersätter lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall. I stor utsträckning har emellertid nu gällande bestämmelser överförs till den nya lagen med endast redaktionella ändringar. Lagrådets granskning har koncentrerats till de nya regler som införts samt de sakliga ändringar och tillägg som gjorts i de nu gällande bestämmelserna. Granskningen har gett anledning till synpunkter och förslag endast i fråga om följande paragrafer.

3 §

Bestämmelserna om syftet med tvångsvården får betydelse när det gäller att avgöra när tvångsvården skall upphöra (jfr 20 §). Av specialmotiveringen framgår att avsikten är att det fortlöpande skall prövas, om en missbrukare som tvångsvårdas blivit så motiverad att han bedöms klara fortsatt behövlig vård i frivilliga former. Detta förutsätter att man prövar dels om missbrukaren menar allvar med en förklaring om att han går med på frivillig vård, dels om han är i stånd att medverka i erforderlig behandling utan någon form av tvång. För att den avsedda innebörden skall komma till tydligare uttryck i lagtexten föreslår lagrådet att 3 § ges följande lydelse: "Tvångsvården skall syfta till att motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk."

4 §

Genom denna paragraf utvidgas LVM-lagstiftningen till att omfatta även beroendeframkallande medel. Av remissen framgår att avsikten härmed är bl. a. att möjliggöra tvångsvård av sådana personer som missbrukar flyktiga lösningsmedel som inandas i berusningssyfte. Häremot finns intet att invända.

Den föreslagna lagregeln kommer emellertid att medföra att även missbruk av beroendeframkallande läkemedel, som inte är klassificerade som narkotika, kan leda till tvångsvård. Med narkotika förstås läkemedel eller hälsofarliga varor med starkt vanebildande egenskaper eller varor som med lätthet kan omvandlas till sådana varor och som antingen kontrolleras enligt internationella överenskommelser eller av regeringen förklarats skola anses som narkotika. Enligt vad som under lagrådsbehandlingen upplysts av chefen för socialstyrelsens läkemedelsavdelning ger dessa regler om narkotikaförklaring tillräckliga möjligheter att komma till rätta med missbruksproblem när det gäller beroendeframkallande läkemedel. Samtidigt fyller regleringen högt ställda krav på rättssäkerhet genom att det vid varje tillfälle står klart vad som är att anse som narkotika. Det kan knappast anses nödvändigt att vid sidan av regleringen rörande narkotika ha bestämmelser om tvångsvård av den som missbrukar icke narkotikaklassade läkemedel eller substanser.

Begreppet "beroendeframkallande medel" förekommer visserligen i annan lagstiftning. Begreppet är emellertid oklart till sin innebörd och kan tolkas så vidsträckt att det innefattar exempelvis tobak. En storrökare kan i vissa fall anses utsätta sin fysiska hälsa för allvarlig fara och inte sällan saknar han förmåga att genom frivillig medverkan komma ifrån sitt missbruk. Det faller dock knappast någon in att en sådan person skall kunna utsättas för tvångsvård. Men det är ändå inte acceptabelt att i lagtexten använda sådana begrepp som formaliter kan tolkas på nämnda sätt. Det kan leda till minskad respekt för lagstiftningen.

Lagrådet förordar att förslaget begränsas så att begreppet "beroendeframkallande medel" ersätts med "flyktiga lösningsmedel". I konsekvens härmed bör motsvarande ändring göras i 31 och 36 §§.

I dagens situation torde en sådan begränsning inte leda till att tvångsvård av missbrukare inte kan tillgripas i fall när det skulle vara angeläget. Om i framtiden nya medel börjat missbrukas på ett sätt som bör ge anledning till tvångsvård är det bättre att då komplettera uppräknningen i paragrafen med denna typ av missbruksmedel.

De skäl som anförts i remissen för att ur de nuvarande legala förutsättningarna för tvångsvård utmönstra kravet att vårdbehovet skall vara trängande finner lagrådet övertygande.

När det gäller specialindikationerna i punkterna 1, 2 och 3 anser lagrådet att formuleringen av punkten 2 inte ger ett adekvat uttryck för vad som åsyftas i motiven. Formuleringen kan tolkas så att det skulle räcka för ingripande att missbrukaren riskerar att inte kunna fortsätta i sina levnadsförhållanden, dvs. i sitt arbete och i sina övriga sociala relationer. Enligt motiven skall indikationen ta sikte på att missbrukaren är på väg att hamna i ett socialt "utanförskap", dvs. att helt slås ut från arbetsmarknad eller utbildning, att förlora möjligheterna till ett normalt boende och att inte längre kunna upprätthålla normala sociala relationer. Det fortgående missbruket skall näst intill otvivelaktigt göra missbrukarens möjligheter att under lång tid framöver leva ett människovärdigt liv.

Mot denna bakgrund anser lagrådet det önskvärt att välja en formulering av den sociala indikationen som inte anknyter till missbrukarens aktuella

levnadsförhållanden utan pekar på de yttersta sociala konsekvenserna av missbruket. En formulering som uppfyller detta önskemål är att missbrukaren till följd av missbruket "löper en uppenbar risk att föröda sitt liv". Lagrådet förordar att punkten 2 i paragrafen formuleras på detta sätt.

20 §

Som framgår av paragrafen kan det förekomma att tvångsvården upphör utan att syftet med vården har uppnåtts. Missbrukaren kan alltså inte antas ha övervunnit sitt missbruk eller vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Fråga uppkommer då hur snart efter utskrivningen ett nytt beslut om tvångsvård kan fattas. Frågan har inte behandlats i remissen.

Eftersom möjligheten enligt gällande lag att förlänga vårdtiden slopats i förslaget, måste en ny vårdperiod på LVM-hem föregås av ett nytt beslut av länsrätten om tvångsvård, tillkommet i den ordning som anges i 4–11 §§. Länsstyrelsen måste på nytt pröva om det finns skäl att ansöka om tvångsvård hos länsrätten. Därvid kommer särskilt i blickpunkten om den utskrivnes missbruk, trots den tillämdagångna vårdperioden om sex månader, kan betraktas som fortgående.

Om det inte kan anses att den utskrivne är hemfallen åt ett fortgående missbruk, får ett nytt beslut om tvångsvård inte meddelas förrän missbruket har pågått så lång tid efter utskrivningen att det kan betecknas som fortgående.

En motsvarande prövning måste göras beträffande övriga förutsättningar för tvångsvård som anges i 4 §.

Man måste räkna med möjligheten att det kan finnas missbrukare som även vid sexmånaderstidens utgång är hemfallna åt ett fortgående missbruk. Av bestämmelsen om längsta vårdtid följer att en sådan missbrukare inte omedelbart efter sexmånaderstidens utgång kan ånyo omhändertas för tvångsvård.

44 §

Enligt 36 § i förslaget skall den som förestår vården vid ett LVM-hem låta förstöra eller försälja alkoholhaltiga drycker, narkotika eller andra beroendeframkallande medel som omhändertagits enligt 31 eller 35 § eller påträffats inom ett LVM-hem utan att det finns någon känd ägare till dem. Detsamma skall gälla i fråga om bl. a. injektionssprutor och kanyler. Beslut att förstöra eller försälja egendom av nu nämnt slag kan enligt 44 § andra stycket i förslaget inte överklagas.

I artikel 6 i den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna föreskrivs att envar skall, när det gäller att pröva bl. a. hans civila rättigheter och skyldigheter, vara berättigad till opartisk och offentlig rättegång. Eftersom det enligt 36 § kan bli fråga om en tvångsvis övergång av äganderätten till egendom och därmed en kränkning av civila rättigheter bör, för att artikelns krav skall uppfyllas, möjlighet öppnas att hos domstol överklaga beslut som

meddelats med stöd av 36 §. Med hänsyn härtill förordar lagrådet att 44 § första stycket kompletteras så att bestämmelsen kommer att avse även beslut om förstörande eller försäljning av egendom enligt 36 §.

Om socialnämnden eller polismyndigheten enligt 13 § i förslaget har beslutat om omedelbart omhändertagande, skall beslutet enligt 15 § genast underställas länsrätten eller i visst fall den rätt som prövar frågan om vård. Förslagets 44 § innehåller inte någon bestämmelse om att talan får eller inte får föras mot socialnämndens eller polismyndighetens beslut.

När beslut av myndighet underställs högre instans har part möjlighet att framställa erinringar hos den instansen. Eftersom denna möjlighet inte alltid ger samma garanti som en besvärsmöjlighet för att partens synpunkter verkligen prövas, så har underställningsbeslut ansetts kunna överklagas. Men i vissa fall har ett sådant beslut likväl inte ansetts överklagbart, exempelvis då en lägre myndighet på grund av ett falls brådskande natur fattar beslut som sedan skall underställas (jfr Westerberg, Allmän förvaltningsrätt, 1978 s. 89). Då i 13 § första och andra styckena är fråga om sådant beslut förordar lagrådet att 44 § fjärde stycket får följande lydelse: "Beslut enligt 13 § första eller andra stycket får inte överklagas. Överklagande av rättens beslut om omhändertagande enligt 13 § tredje stycket är inte inskränkt till viss tid."

Lagen om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

Lagrådet lämnar förslaget utan erinran.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 17 mars 1988

Närvarande: statsministern Carlsson, ordförande, och statsråden Sigurdson, Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, Peterson, Göransson, Dahl, R. Carlsson, Holmberg, Hellström, Johansson, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist, Thalén

Föredragande: statsrådet Sigurdson

Proposition om tvångsvård av vuxna missbrukare, m. m.

1 Anmälan av lagrådsyttrande

Föredraganden anmäler lagrådets yttrande (beslut om lagrådsremiss fattat vid regeringssammanträde den 11 februari 1988) över förslagen till

1. lag om vård av missbrukare i vissa fall,
2. lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620).

Föredraganden redogör för lagrådets yttrande och anför.

Förslaget till lag om vård av missbrukare i vissa fall

Jag konstaterar att lagrådet vid sin granskning av förslaget till en ny lag om tvångsvård av missbrukare i det väsentliga har lämnat detta utan erinran. Endast i några avseenden, som jag tar upp i det följande, har lagrådet funnit anledning till synpunkter och förslag till jämkningar. Med hänsyn till den debatt som från skilda utgångspunkter förs i fråga om lagstiftningen på området finner jag det värdefullt att lagrådsremissens utformning av den nya lagen på detta sätt har kunnat godtas från de aspekter – bl. a. i fråga om grundlagsenligheten – som lagrådet har att beakta.

Lagrådet har förordat viss jämkning av 3 § i förtydligande syfte. Paragrafen bör ändras enligt lagrådets förslag.

Beträffande 4 § har lagrådet haft vissa erinringar mot förslaget att, vid sidan av alkohol och narkotika, även missbruk av beroendeframkallande medel skall kunna leda till tvångsvård. Lagrådet har inget att invända mot utvidgningen i vad den möjliggör tvångsvård av dem som missbrukar flyktiga lösningsmedel. En utvidgning därutöver till främst beroendeframkallande läkemedel som inte är klassificerade som narkotika finner lagrådet dock inte nödvändig. Lagrådet anser att paragrafen kan kompletteras i detta hänseende om det i framtiden uppkommer ett behov av det. Jag kan hålla med om att det för dagen inte finns ett tydligt påvisbart behov av att låta lagstiftningen omfatta sådana medel som inte är klassificerade som narkotika – bortsett från flyktiga lösningsmedel. Det kan därför finnas

anledning att avvakta med en sådan reglering och återkomma i frågan, om behovet av lagstiftningsåtgärder blir mer uttalat. Jag godtar således att utvidgningen i förhållande till gällande lagstiftning får ta sikte på flyktiga lösningsmedel. Detta innebär, på sätt lagrådet förordat, att i förevarande paragraf orden "beroendeframkallande medel" bör ersättas med "flyktiga lösningsmedel" och att motsvarande ändringar bör göras i 31 och 36 §§. En sådan ändring bör göras även i 1 §.

När det gäller utformningen av den nya specialindikationen i 4 § (den s. k. sociala indikationen) bedömer jag att den formulering som lagrådet har föreslagit något bättre än remissens ansluter till vad som avses. Jag anser dock att ordet "föröda" är något ålderdomligt och föreslår därför att ordet ersätts med ett modernare ord som till sitt innehåll är jämförbart med "föröda", nämligen "förstöra".

Den kompletterande sociala indikationen föreslås därmed gälla fall då någon till följd av sitt missbruk löper uppenbar risk att förstöra sitt liv. För beslut om tvångsvård måste naturligtvis också förutsättningarna i övrigt vara uppfyllda. Jag vill i detta sammanhang på nytt understryka att avsikten med den sociala indikationen är att kunna ingripa på ett tidigare stadium av missbruket än vad som hittills har kunnat ske och att den nya indikationen framför allt tar sikte på de yngre vuxna missbrukarna. Tanken är att ett ingripande skall kunna ske när ett missbruk är så omfattande att uppenbara och betydande sociala skadeverkningar är nära förestående om missbruket fortsätter, även om några allvarliga medicinska skadeverkningar ännu inte har kunnat konstateras.

Jag har inga erinringar mot lagrådets uttalanden i anslutning till 20 §.

Jag godtar lagrådets synpunkter beträffande 44 § och anser att paragrafen bör ändras i väsentlig överensstämmelse med lagrådets förslag.

I detta sammanhang vill jag göra ett påpekande beträffande 45 §. Enligt punkten 2 i denna paragraf ges socialnämnden rätt att begära polishandräckning för att föra den som skall beredas vård eller som är omedelbart omhändertagen enligt denna lag till ett sjukhus. Ett behov av polishandräckning för att föra en missbrukare till sjukhus kan också uppkomma under vårdtiden. Som punkten 4 är utformad innefattar den en rätt för den som förestår vården vid ett LVM-hem att begära sådan handräckning.

I övrigt har vissa redaktionella ändringar gjorts i lagförslagens 7, 16, 31 och 45 §§.

Övrigt

I förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620) har en redaktionell ändring gjorts i 11 §.

2.1 LVM-vårdens resurser

Vård enligt LVM skall lämnas genom hem som drivs av landstingskommuner eller kommuner och som enligt en institutionsplan är särskilt avsedda att lämna sådan vård. För de missbrukare som behöver särskilt noggrann tillsyn skall det finnas hem som är anpassade för en sådan tillsyn. Den som är intagen på ett sådant hem får hindras att avvika från hemmet. De övriga hemmen har inga kvarhållningsmöjligheter. Däremot kan biträde av polis begäras för att efterforska och hämta tillbaka en intagen som avvikit.

Antalet platser vid LVM-hemmen har reducerats kraftigt under senare år och uppgår för närvarande till närmare 1 200 fördelade på 33 hem. Sju av hemmen är hem för särskilt noggrann tillsyn med totalt 204 platser. Under år 1988 tillkommer ytterligare tio sådana platser genom att motsvarande antal platser vid ett av de befintliga LVM-hemmen anpassas för särskilt noggrann tillsyn. Platsantalet vid LVM-hemmen har minskat med ca 250 sedan år 1982, då LVM trädde i kraft.

LVM-hemmen varierar kraftigt i storlek. Det största har 80 och det minsta fem platser. Närmare hälften av hemmen har mer än 40 platser. Utvecklingen går emellertid mot mindre enheter.

Under samma period som platsantalet minskat har antalet intagningar enligt LVM ökat kraftigt. Ökningen uppgick till 33 % under åren 1982–1986. År 1986 gjordes drygt 1 200 intagningar enligt LVM.

Jämförs uppgifterna om antalet platser vid LVM-hemmen med antalet intagningar enligt LVM, kan platsantalet synas mer än väl svara mot behoven. LVM-klienterna utgör emellertid en minoritet av LVM-hemmens klienter. Huvuddelen av de missbrukare som vårdas på dessa hem har sökt sig dit frivilligt. Socialberedningens kartläggningar visar att endast 23 % av de klienter som skrevs ut från LVM-hemmen under det första halvåret 1986 hade vårdats enligt LVM. De övriga, dvs. 77 %, hade vårdats frivilligt enligt socialtjänstlagen. Andelen tvångsvårdade klienter var högre vid hemmen för särskilt noggrann tillsyn (45 %) än vid de övriga LVM-hemmen (19 %). Andelen tvångsvårdade klienter varierade kraftigt mellan hemmen inom resp. kategori.

Till bilden hör också att det har varit förenat med betydande svårigheter att bereda narkotikamissbrukare LVM-vård under de år lagen varit i kraft. Fram till för ett par år sedan fanns det inga LVM-hem som anpassats för narkomanvård. Samtliga hem var inriktade på vård av alkoholmissbrukare och endast ett fåtal var beredda att ta emot narkotikamissbrukare. Svårigheterna att hitta lämpliga placeringar har blivit större i takt med att antalet narkotikamissbrukare som dömts till LVM-vård ökat. Enligt intagningsstatistiken svarade narkotikamissbrukarna för 71 intagningar under år 1986 jämfört med 21 år 1982. Enligt beredningen är emellertid antalet narkotikamissbrukare troligen underskattat i den officiella statistiken. Länsstyrelsen i Stockholms län, som svarar för det största antalet ansökningar som gäller narkotikamissbrukare, redovisar i sin statistik att 128 narkotikamissbrukare hade erhållit vård enligt LVM under år 1986.

Först år 1986 tillskapades särskilda resurser för LVM-vård av narkotika-

missbrukare. Då tillkom LVM-hemmet Serafen (20 platser) i Stockholms kommun och den s. k. Avgiftningsenheten (fem platser) i Malmö kommun samt en särskild avdelning (tio platser) på Frösö behandlingshem. Under år 1987 har ytterligare två sådana hem tillkommit, Råambshov och Salberga med vardera tio platser. Stockholms kommun, som är huvudman för båda dessa hem, planerar att starta ytterligare två LVM-hem för narkotikamissbrukare under år 1988. Samtliga LVM-platser som är speciellt avsedda för narkotikamissbrukare finns på hem för särskilt noggrann tillsyn. Det hänger samman med att huvudmännen gjort bedömningen att LVM-vården för flertalet narkotikamissbrukare måste ske på hem med kvarhållningsrätt.

Socialberedningen framhåller att bristen på LVM-platser för narkotikamissbrukare har lett till att den beslutade LVM-vården i vissa fall aldrig har kommit till stånd eller, i andra fall, att ingen tagit initiativ till LVM-vård, trots att sådan vård framstår som starkt motiverad.

Som jag återkommer till i det följande delar jag beredningens bedömning att särskilda statliga medel bör anvisas för att påskynda utbyggnaden och utvecklingen av LVM-vården för narkotikamissbrukare.

2.2 LVM-vårdens innehåll

2.2.1 Inledning

Socialberedningen konstaterar att det inte är möjligt att diskutera LVM-vårdens innehåll som om det handlar om behandlingsmässigt enhetliga problem. Det finns avgörande skillnader i livssituation, vårdbehov och rehabiliteringsmöjligheter mellan gruppen yngre, vuxna missbrukare – till vilka narkotikamissbrukarna som regel hör – och den äldre missbrukargruppen. Beredningen har därför valt att skilja mellan LVM-vård med lägre faktiska rehabiliteringsmål och LVM-vård med högre sådana mål.

Även för mig förefaller denna distinktion ofrånkomlig, men jag anser samtidigt att den inrymmer vissa risker, något som beredningen också understryker. Den får sålunda inte tolkas som ett uttryck för uppgivenhet i förhållande till någon av missbrukargrupperna. Även om det är nödvändigt att de faktiska rehabiliteringsmålen sätts lägre för vissa än för andra måste syftet med LVM-vården alltid vara att åstadkomma positiva förändringar hos missbrukarna, utöver den tillfälliga förbättring som själva perioden på LVM-hemmet kan innebära. LVM-vården skall ses som en utgångspunkt för motivationsarbete och planering av vård- och stödinsatser, som i de flesta fall måste fortgå efter det att vården enligt LVM har avslutats.

Det bör vidare understrykas att även om målen måste sättas lägre för de äldre missbrukarna, som grupp betraktad, finns det åtskilliga individuella undantag. Graden av behandlingsbarhet och motivation för en mer krävande behandling är dessutom påverkbar. De konkreta behandlingsmålen för en enskild klient bör därför aldrig betraktas som en gång för alla fastställda.

Jag anser mot den bakgrunden, i likhet med beredningen, att det måste finnas LVM-hem med olika inriktning och kravnivåer. Det är en utomor-

dentligt svår uppgift att inom ramen för ett och samma LVM-hem tillgodo-
se ett flertal olika klientgruppers skiftande vårdbehov. Risker kan t. ex.
vara att vården vid ett LVM-hem som ställs inför uppgiften att vårda såväl
äldre, gravt skadade alkoholmissbrukare som yngre missbrukare generellt
ges en alltför stark inriktning på omhändertagande.

Utvecklingen under senare år har gått mot en mer differentierad vård
både vad avser målgrupper och behandlingsinnehåll. Vissa LVM-hem,
företrädesvis de som vänder sig till äldre alkoholmissbrukare, är huvud-
sakligen inriktade på vad som brukar beskrivas som omvårdnad. Andra
har utvecklat vårdprogram med mer aktivt problembearbetande och moti-
verande inslag.

Det är enligt min mening angeläget att utvecklingen mot en mer behand-
lingsorienterad uppläggning av vårdinnehållet vid LVM-hemmen fortsät-
ter. Samtidigt finns det skäl att erinra om att LVM-hemmen under senare
år i ökad utsträckning har fått ta emot klienter som är så utslagna och
fysiskt och psykiskt nedgångna att de inte klarar av alltför långtgående
krav på deltagande och aktivitet. Det finns alltså behov av LVM-hem som
kan erbjuda en mindre kravfylld vård. Som jag återkommer till i det
följande behöver detta emellertid inte innebära att LVM-vården för dessa
missbrukare inriktas på ett passivt omhändertagande.

2.2.2 LVM-vård med lägre faktiska rehabiliteringsmål

Den stora majoriteten av LVM-klienterna är alkoholmissbrukare. Social-
beredningen konstaterar att för flertalet av dem gäller att missbruket har
pågått länge, oftast under decennier. De allra flesta har sedan lång tid inte
haft någon anknytning till arbetsmarknaden. En del är definitivt borta från
arbetsmarknaden genom förtidspensionering. Det är få som har kvar soci-
ala kontakter utanför missbrukargrupperna.

De flesta har haft en omfattande kontakt med olika vårdinstanser.
Många har tidigare vårdats upprepade gånger på institutioner för alkohol-
missbrukare och många har decennielånga kontakter med socialtjänsten
bakom sig. Sjukvårdskonsumtionen är också hög.

Det är alltså människor med massiva problem som tvångsvården möter.
Att kräva av vårdpersonalen att den inom ramen för en enstaka behand-
lingsinsats skall kunna åstadkomma en långtgående rehabilitering i dessa
fall, är att ställa uppenbara överkrav.

Även om en fullständig rehabilitering ofta är omöjlig att uppnå är emel-
lertid mål som en minskad alkoholkonsumtion, längre nyktra perioder och
en förbättrad social situation helt realistiska i många fall. Faktiska behand-
lingsmål av detta slag kanske kan sägas vara uttryck för en låg ambition,
men i den mån de uppnås, kan de ändå innebära avsevärda förbättringar av
såväl missbrukarnas som deras anhörigas situation.

Vårdtiden på ett LVM-hem har ofta en bokstavligen livsavgörande bety-
delse. Utan en tids nykterhet i en avskild miljö är risken stor att de ofta
mycket nedgångna klienter som blir föremål för LVM-vård går under.

För många av dessa klienter är sjukhusvård före intagningen på
LVM-hemmet nödvändig, i första hand för avgiftning. Redan i dag finns på

flera håll ett fungerande samarbete mellan hälso- och sjukvården och LVM-hemmen. Den föreslagna lagändringen när det gäller inledande sjukhusvård, som jag tidigare har redogjort för, bör kunna leda till att fler alkoholmissbrukare får sina behov av medicinsk vård tillgodosedda på sjukhus i LVM-vårdens inledningsskede.

Vårdperioden på LVM-hemmet har den viktiga men begränsade funktionen att skapa förutsättningar för utslussningen i öppna vårdformer och kan i allmänhet göras kort. Klienterna behöver återhämta sig fysiskt och psykiskt och få hjälp med social sanering och planering. De kan bl. a. ha en tilltrasslad ekonomi med omfattande skulder av olika slag, problem i boendet och inte minst – för dem som är arbetsföra – svårigheter att få arbete eller annan meningsfull sysselsättning.

Klienterna har sinsemellan mycket olika behov och förutsättningar. Det är av dessa skäl angeläget att vårdarbetet bygger på en ingående kännedom om varje klients resurser och svårigheter. Intensiteten i kontakten och kraven på klienten måste utformas olika utifrån denna kunskap. Alltför låga krav riskerar att leda till att ingen utveckling kommer till stånd och att klienten passiviseras. Alltför höga krav riskerar å andra sidan att leda till att klienten misslyckas i sina ansträngningar.

För en del klienter är den fortsatta vården planerad redan vid inskrivningen på LVM-hemmet. Det gäller t.ex. de klienter som redan har en fungerande stödkontakt och ingår i någon form av öppenvårdsverksamhet, som klienten kan återgå till efter LVM-vården.

För flertalet föreligger inte denna situation. LVM-vård har ofta aktualiserats i ett läge då alla tidigare ansträngningar misslyckats. Trots att många under lång tid haft kontakt med olika vårdinstanser saknas ofta mer djupgående kunskaper om klienternas problem. En grundlig utredning är i allmänhet nödvändig som ett led i ansträngningarna att hitta realistiska alternativ för den fortsatta vården. Det är bl. a. viktigt att få en bild av vilka tidigare vårdinsatser som har gjorts och vilka resultat de har gett.

Med utgångspunkt i denna utredning kan de efterföljande öppenvårdsinsatserna planeras. Att upprätta fylliga och realistiska behandlingsplaner är ett centralt inslag i LVM-hemmens arbete. I dag upprättas i allmänhet behandlingsplaner på LVM-hemmen men i stor utsträckning är dessa formulerade tidigt under vårdtiden och sedan inte reviderade. Det innebär att de blir mindre användbara som redskap för de fortsatta vårdinsatserna.

Det är viktigt att planeringen genomförs tillsammans med klienten och att den också godtas av honom.

Uppföljning

Som jag redan har understrukit är det avgörande för vårdens resultat hur stödinsatserna inom den öppna vården utformas och genomförs.

I allmänhet är behovet av stödinsatser omfattande. Deltagande i avgränsade och kortvariga behandlingsprogram eller enbart en stödkontakt med en socialsekreterare är ofta inte en tillräcklig insats. Det krävs i de flesta fall stödinsatser av olika slag som sträcker sig över lång tid.

En av socialsekreterarnas viktiga uppgifter i dessa fall är att ta initiativ

till att klienten får det stöd och den hjälp han behöver från andra instanser. Här spelar inte minst samarbetet med kommunernas hemtjänst en central roll. På många håll bedriver redan i dag hemtjänsten betydelsefull verksamhet för tunga missbrukare. De frivilliga organisationerna spelar en viktig roll, inte minst när det gäller att rekrytera stöd- och kontaktpersoner. Självfallet bör också olika specialresurser för missbrukare utnyttjas i uppföljningsarbetet, t. ex. basstationer, dagcentraler, alkoholpolikliniker och andra liknande vårdformer. Som jag tidigare har framhållit kan det i många fall vara lämpligt att den inledande fasen av denna uppföljande vård ges med stöd av LVM.

Ett kvalificerat arbete

LVM-vård är, även i de fall målen för insatserna är förhållandevis låga, ett kvalificerat arbete. Det är viktigt att personalen har god psykologisk insikt för att rätt kunna bedöma klienternas behov och förutsättningar. Vårdpersonalen måste vidare besitta stora mått av uthållighet och engagemang för att arbetet skall bli framgångsrikt. Kontinuerlig handledning och återkommande fortbildning bör vara självklara inslag i verksamheten.

2.2.3 LVM-vård med högre faktiska rehabiliteringsmål

För flertalet narkotikamissbrukare och åtskilliga av de yngre vuxna alkoholmissbrukarna är det, både med hänsyn till deras ålder och de risker ett fortsatt tungt missbruk innebär, nödvändigt att arbeta med förhållandevis höga rehabiliteringsmål.

Även om det finns mycket som tyder på att LVM-vården ställs inför likartade svårigheter i arbetet med dessa båda missbrukargrupper, kan konstateras att de problem som rör narkotikamissbrukarna har dominerat debatten. En förklaring till att en så stor del av uppmärksamheten har kommit att knytas till den förhållandevis lilla grupp klienter som narkotikamissbrukarna utgör i LVM-vården, är att tvångsvård av vuxna narkotikamissbrukare är något relativt nytt för socialtjänsten. Det fanns inga erfarenheter av hur tvångsvården av dessa missbrukare skulle utformas på socialtjänstens institutioner när LVM trädde i kraft.

Till bilden hör också att många – inte minst inom narkomanvården – menade att de praktiska förutsättningarna för att bereda narkotikamissbrukarna vård enligt LVM saknades. Det fanns inga institutioner vars personal hade de kunskaper och erfarenheter som krävdes för att behandla narkotikamissbrukarna. Den uppfattningen delades i allmänhet också av personalen på LVM-hemmen. Få av hemmen har, som framgått tidigare, varit beredda att ta emot narkotikamissbrukare.

Erfarenheterna visar att de narkotikamissbrukare som hittills kommit i fråga för LVM-vård är tungt belastade i olika avseenden. De har i allmänhet ett långvarigt missbruk och flera misslyckade behandlingsförsök bakom sig. Många är kriminellt belastade och kvinnorna ofta prostituerade. Därtill kommer att inslaget av mer eller mindre grava psykiska störningar är betydande och att en relativt stor andel är HIV-smittade. Narkotika-

missbrukarna beskrivs ofta av vårdpersonal vid LVM-hemmen som en grupp med svaga, om ens några, motiv för att förändra sin livsföring i avgörande hänseenden.

Utsikterna att de vårdinsatser som kan göras för dessa missbrukare skall kunna leda till positiva förändringar kan framstå som utomordentligt dystyra. Som socialberedningen framhåller finns det emellertid inget empiriskt stöd för att knyta de positiva förväntningarna enbart till de klienter som redan från början är behandlingsmotiverade. Motivationen är påverkbar och i hög grad beroende av behandlingsinnehållet och behandlarnas förhållningssätt. Att behandlarna har tilltro till den egna behandlingsmetoden och kan förmedla ett hopp om att en förändring är möjlig till klienten spelar en avgörande roll. Behandlingsorganisationens och behandlarnas betydelse när det gäller att locka fram och vidmakthålla klientens vilja till förändring har ofta underskattats i diskussionerna om behandlingsarbete med missbrukare. Det finns flera studier som visar att sådana faktorer har större betydelse än att klienten är motiverad då behandlingen inleds.

Det är för tidigt att dra några bestämda slutsatser om hur LVM-vården för narkotikamissbrukarna skall organiseras med utgångspunkt från de erfarenheter som gjorts vid de särskilda LVM-hemmen för narkotikamissbrukare i Stockholm och Malmö. Den personal som skall arbeta inom denna vårdsektor kommer att få pröva sig fram och successivt utveckla såväl vårdens innehåll som den samverkan med övriga länkar i vårdkedjan som krävs för att insatserna skall kunna ge resultat. Det rör sig således i hög grad om en pionjärinsats och ett utvecklingsarbete. Vissa preliminära slutsatser kan emellertid dras.

Avgiftningen

En av förutsättningarna för att ett tvångsingripande skall framstå som meningsfullt på längre sikt är att vården kan ges ett sådant innehåll att den kan skapa motivation för fortsatt behandling i frivilliga former.

Den primära uppgiften i vårdens inledningsskede är att se till att klienten avgiftas under medicinskt betryggande former. Själva avgiftningen är visserligen i allmänhet medicinskt sett relativt okomplicerad när det gäller narkotikamissbrukare. De fysiska abstinensbesvären kan vara påtagliga men är sällan livshotande. Däremot innebär avgiftningen en svår psykisk påfrestning. Missbrukaren blir sårbar och ångestfylld och upplever oftast de objektivt sett måttliga fysiska abstinensbesvären som mycket smärtsamma. Detta är ett motiv för att avgiftningen ofta måste kombineras med någon form av psykofarmakabehandling. Därtill kommer att LVM-klienterna i allmänhet är svårt fysiskt och psykiskt nedgångna och i behov av såväl somatiska som psykiatriska insatser.

Som framgått av vad jag tidigare har anfört i avsnittet om inledande sjukhusvård anser jag att det är realistiskt att räkna med att det kommer att finnas klienter – i synnerhet narkotikamissbrukare – som motsätter sig varje form av vård och som därför inte kommer att kunna beredas vård på sjukhus. Det innebär att vissa av LVM-hemmen måste ha tillgång till erforderliga medicinska och psykiatriska resurser. Dessa resurser bör

komma till stånd genom sjukvårdshuvudmannens försorg i enlighet med den allmänna ansvarsfördelning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård som gäller inom bl. a. detta område.

Särskilda vårdprogram

Erfarenheterna talar för att det är nödvändigt att utveckla särskilda vårdprogram inom LVM-vården för narkotikamissbrukarna. Som jag tidigare har framhållit är gränserna mellan de olika missbrukargrupperna flytande. Blandmissbruk av alkohol och narkotika är av allt att döma ökande, särskilt bland de yngre missbrukarna. Dessa missbrukare bereds i dag ofta vård inom den specialiserade narkomanvården – åtminstone i de fall narkotika är det dominerande missbruksmedlet. Det finns enligt min mening mycket som talar för att samvård av narkotika- och blandmissbrukare är en framkomlig väg även i LVM-vården. I första hand bör särskilda LVM-hem tillskapas för dessa missbrukare. Andra lösningar som kan övervägas är att inrätta särskilda avdelningar för narkotika- och blandmissbrukare vid ytterligare något eller några av de befintliga LVM-hemmen. Detta prövas sedan år 1986 på Frösö behandlingshem. Jag anser vidare att det är nödvändigt att vissa av de befintliga LVM-hemmen, som ett led i den utveckling som för närvarande sker inom vårdsektorn, utvecklar särskilda vårdprogram för de yngre, vuxna alkoholmissbrukarna.

Det kan vidare finnas skäl för en viss differentiering av vårdprogrammen med hänsyn till åldersfördelningen bland narkotikamissbrukarna. Även om narkotikamissbrukarna i LVM-vården som grupp betraktad är väsentligt yngre än alkoholmissbrukarna finns det en viss åldersspridning i gruppen. En fjärdedel av de narkotikamissbrukare som skrevs in på LVM-hemmen under år 1986 var yngre än 25 år och 40% var äldre än 30 år. Erfarenheterna från narkomanvården i övrigt tyder på att vårdprogrammen för de yngre av de vuxna missbrukarna bör ges ett annat innehåll än de program som vänder sig till de något äldre. Som socialberedningen framhåller bör den metodik som utvecklats vid de s. k. Hasselakollektiven kunna ge viss vägledning vid utformningen av programmen för missbrukarna i åldrarna närmast över 20 år.

En annan grund för differentiering som kan övervägas är kön. En påfallande hög andel av de narkotikamissbrukare som bereds vård enligt LVM är kvinnor. År 1986 svarade kvinnorna för 55% av de intagningar enligt LVM som rörde narkotikamissbrukarna. De kvinnliga alkoholmissbrukarna svarar för en väsentligt lägre, men ökande, andel av intagningarna. Det främsta motivet för särskilda program för kvinnor i LVM-vården är att erfarenheterna tyder på att det är svårt att rehabilitera dem inom ramen för det gängse behandlingsutbudet för missbrukare såväl inom LVM-vården som i den övriga missbrukarvården. Det förefaller rimligt att anta att möjligheterna till rehabilitering ökar om man utvecklar särskilda vårdprogram för kvinnor i missbrukarvården. I sammanhanget kan nämnas att ett av Stockholms kommuns LVM-hem uteslutande vänder sig till kvinnliga narkotikamissbrukare.

När det gäller narkotikamissbrukarna tyder erfarenheterna hittills på att

LVM-vården för flertalet – efter eventuell inledande sjukhusvård – måste ske eller åtminstone påbörjas vid hem för särskilt noggrann tillsyn, dvs. hem med kvarhållningsrätt. Å andra sidan bör inte vården vid LVM-hemmen för narkotikamissbrukare generellt utformas med hänsyn till de mest rymningsbenägna och utagerande klienternas situation. Inte heller när det gäller narkotikamissbrukarna bör naturligtvis LVM-vården göras mer ingripande än situationen i det enskilda fallet kräver. Det är ett starkt motiv för en differentiering av klienterna med hänsyn till det skiftande behovet av begränsningar av rörelsefriheten under vårdtiden.

Jag vill vidare, i likhet med beredningen, understryka att man inte enbart kan förlita sig på inlåsning och yttre kontroll. En sådan utveckling skulle enligt min mening omöjliggöra en utveckling av metodiken i LVM-vården. Den måste ha sin tyngdpunkt i personliga relationer mellan behandlare och klienter och inte i en opersonlig yttre kontroll. Ambitionen måste vara att skapa ett behandlingsklimat som gör det möjligt att bygga vad som har kallats "mänskliga murar". Behandlingsinnehållet måste utformas så att det ger utrymme för kontakt och intensiv påverkan. Det är självfallet en mycket svår uppgift med tanke på att klienternas möte med vården i allmänhet präglas av ett mycket starkt motstånd. Men det behöver inte vara omöjligt om LVM-hemmet ges rimliga förutsättningar att klara uppgiften. Ur detta perspektiv är det en fördel att utveckla små behandlingsenheter med hög personaltäthet.

Bedömning och motivationsarbete

Som framgått av vad jag tidigare har anfört bör LVM-vården inte inskränka sig till själva institutionsvistelsen. Inom ramen för den maximala vårdtiden bör perioden på LVM-hemmet oftast kunna följas av försöksvis anordnad vård i andra former.

Vårdperioden på institutionen bör i enlighet med vad jag nyss anfört utnyttjas för en noggrann bedömning av klientens situation och planering av de fortsatta behandlingsinsatserna samt ett aktivt motivationsarbete.

Vidare bör framhållas att det är ett oavvisligt krav att tvångsvården är väl integrerad i den övriga missbrukarvården. LVM-hemmen bör vara nära knutna till de långsiktiga behandlingsenheterna; de frivilliga behandlingshemmen, familjevården, olika behandlingsprogram i öppenvården etc. Det är vidare viktigt att utan onödiga dröjsmål knyta an till det som uppnåtts i motivationsarbetet och så snart det finns förutsättningar föra över klienten till ett långsiktigt behandlingsprogram.

Kompetens, handledning m. m.

Som framhållits ställer narkotikamissbrukarna LVM-vården inför en utomordentligt svår behandlaruppgift. Ingen annan sektor inom missbrukarvården möter klienter med ett så massivt motstånd mot behandlingen och ställer så stora krav på personalens engagemang och personliga lämplighet. Personalen måste därför besitta ett betydande mått av kunskap och erfarenhet om den skall ha rimliga möjligheter att klara uppgiften.

En förutsättning för att LVM-vården skall kunna ges ett kvalificerat innehåll är att man kan rekrytera personal med lång och gedigen erfarenhet från narkomanvården och angränsande vårdområden. Även om personalrekryteringen är förknippad med betydande problem, kan situationen ändå – som socialberedningen framhåller – te sig gynnsam från den synpunkten att det numera finns en väl utbyggd narkomanvård såväl inom den frivilliga vården för vuxna missbrukare som inom tvångsvården av unga. Det torde därför finnas potentiella möjligheter att rekrytera personal med de kunskaper och erfarenheter som krävs till LVM-vården.

Det är vidare angeläget att man skapar en behandlingsorganisation som förmår hålla personalens engagemang vid liv och som stimulerar kunskaps- och metodutvecklingen inom vårdområdet. I detta ligger både att verksamheten ges rimliga ekonomiska och andra yttre förutsättningar och att det finns utrymme och resurser för kontinuerlig och kvalificerad handledning och fortbildning av personalen.

Till bilden hör också att den personal som arbetar inom LVM-vården har en sådan placering i vårdkedjan att de inte automatiskt kan överblicka resultatet av sitt arbete. Personalgruppen återser i allmänhet inte de klienter som den lyckats föra vidare till mer långsiktiga behandlingsprogram utan endast dem som har misslyckats och återkommer för nya vårdperioder på LVM-hemmet. Det är ett av skälen till att det är angeläget att LVM-hemmen utvecklar metoder för en kontinuerlig uppföljning som kan ge en bild av i vilken mån institutionens mål och de individuella behandlingsmålen uppnås.

Det är också viktigt att ge personalen möjligheter till ett organiserat och fortlöpande erfarenhetsutbyte med andra enheter inom vårdsektorn. Detta underlättas av att vårdsektorn – även efter en utbyggnad – kommer att vara förhållandevis liten.

2.2.4 Samverkan med psykiatrin

Det har, bl. a. under remissbehandlingen, framkommit att många av de missbrukare som bereds vård med stöd av LVM har mer eller mindre svåra psykiska störningar. Det har framhållits att LVM-hemmen har stora svårigheter att erbjuda dessa missbrukare adekvat vård.

Dessa problem rör även missbrukarvården i övrigt. Jag vill erinra om att jag i lagrådsremissen (avsnitt 3.4) konstaterat att såväl socialtjänsten som psykiatrin i ökande omfattning kommer i kontakt med missbrukare med svåra psykiska störningar. Därvid har jag bl. a. understrukit att det inte får råda någon tvekan om att psykiatrin har ett självklart vårdansvar för patienter där missbruket är en del av en tyngre psykiatrisk problematik. Det krävs bl. a. att landstingen, som en del av den förändring som psykiatrin för närvarande genomgår, utvecklar vårdresurser för långsiktig rehabilitering av missbrukare med svåra psykiska störningar. Det kan enligt min mening inte accepteras att missbrukare med en sådan problematik bereds vård med stöd av LVM enbart av det skälet att psykiatrin saknar adekvata vårdresurser. Jag har vidare framhållit behovet av en nära samverkan

mellan socialtjänsten och psykiatri och därvid bl. a. pekat på socialtjänstens behov av psykiatriska konsultationsinsatser inom missbrukarvården.

Som framgått av lagrådsremissen anser jag att socialstyrelsen bör få i uppdrag att utarbeta en plan för hur vården av de psykiskt svårt störda missbrukarna kan förbättras. I det arbetet bör självfallet de problem som LVM-hemmen ställs inför i arbetet med dessa missbrukare uppmärksammas.

3 Forskning och statistik

3.1 Forskning om LVM-vården

Socialberedningen konstaterar att det har gjorts få uppföljningsundersökningar om tvångsvårdens resultat och effekter för olika grupper av missbrukare. Studier som möjliggör jämförelser mellan effekter av tvångsvård och andra vårdinsatser för tunga missbrukare saknas helt, liksom jämförelser mellan effekter av tvångsvård och utebliven vård. Det saknas också studier som belyser tvångsvårdens effekter på längre sikt.

Jag delar beredningens bedömning att det är angeläget att genom kvalificerade forskningsinsatser följa tillämpningen av LVM och utvärdera de förändringar av lagstiftningen som jag i det föregående har föreslagit. Jag avser att återkomma till regeringen med förslag om att delegationen för social forskning får i uppdrag att lämna förslag till ett forskningsprogram inom området.

3.2 Statistik

Socialberedningen har i sitt betänkande pekat på brister i den nuvarande statistiken om vård av missbrukare m. m. Beredningen föreslår att statistiska centralbyran (SCB) ges i uppdrag att i samråd med socialstyrelsen göra en översyn av statistiken i syfte att göra den mera tillförlitlig och användbar för planeringen av vårdresurserna.

Jag kan instämma i att det finns brister i nuvarande statistik. En del av dessa brister bör kunna åtgärdas inom ramen för den löpande statistiken. Det gäller dels rena kvalitets- och definitionsfrågor, dels vissa kompletteringar bl. a. av uppgifterna om utslussning under tvångsvård. Därutöver finns problem med statistiken som mer generellt gäller möjligheterna att följa och utvärdera den aktuella verksamheten. Det har bl. a. i olika sammanhang påpekats att hem för vård eller boende inte har någon skyldighet att lämna statistiska uppgifter till SCB, vilket kan begränsa möjligheterna att få in ett fullvärdigt statistikunderlag. Jag avser att återkomma till regeringen med förslag om att ge SCB i uppdrag att i samråd med socialstyrelsen lämna förslag till förändringar och omprioriteringar av den aktuella statistiken och åtgärder i syfte att säkerställa att erforderliga statistiska uppgifter kan samlas in.

4.1 Inledning

Jag har i det föregående redogjort för en rad åtgärder som syftar till att i en bred mening förstärka missbrukarvården. Socialberedningen konstaterar att missbrukarvårdens resurser totalt sett är underdimensionerade. Beredningen konstaterar emellertid också att man inte kan se problemet så enkelt att det enbart handlar om att lägga nya resurser till redan befintliga. En central fråga är hur de befintliga resurserna utnyttjas och om det är möjligt att använda dem på ett effektivare sätt. Jag instämmer helt i detta synsätt och menar att det finns möjlighet att ytterligare öka effektiviteten i missbrukarvården.

Socialberedningen konstaterar att särskilt de tunga missbrukarnas vårdkonsumtion är omfattande. Många av dem återkommer gång på gång hos såväl primär- som landstingskommunala vårdgivare och, vilket särskilt gäller narkotikamissbrukarna, inom kriminalvården. Denna bild är inte minst giltig för de missbrukare som blir föremål för insatser enligt LVM. Socialberedningens kartläggning visar att många återkommer för vård enligt LVM, i vissa fall flera gånger per år. Därtill kommer att vårdkontakter inom såväl den somatiska som den psykiatriska hälso- och sjukvården till följd av missbruket är vanligt förekommande mellan vårdperioderna på LVM-hemmen. Vårdkostnaderna blir således höga även om inga planerade och långsiktigt syftande åtgärder sätts in, något som enligt beredningen tyvärr ofta är fallet.

Till bilden hör också att de olika vårdsystemen fungerar som kommunicerande kärl i den meningen att förändringar i ett vårdsystem tenderar att skapa förändringar också i andra. Således kan effektivare vårdinsatser inom socialtjänsten innebära stora kostnadsbesparingar inom främst hälso- och sjukvården. Det saknas dock till stor del kunskaper om de samhälls-ekonomiska konsekvenserna av olika vårdinsatser. Jag delar beredningens uppfattning att de ekonomiska analysinstrumenten bör vidareutvecklas. Det är av stor betydelse att man får säkrare beslutsunderlag för prioriteringar inom missbrukarvården. Det finns vidare behov av bättre ekonomiska underlag för vårdresursplaneringen och för de diskussioner och förhandlingar som förs mellan huvudmännen om hur tillgängliga resurser skall fördelas. Som jag återkommer till i det följande avser jag att föreslå regeringen att ge riksrevisionsverket (RRV) i uppdrag att analysera dessa frågor i samband med en granskning av effekterna av det nu gällande statsbidragssystemet.

Som jag tidigare har understrukt bör de tunga missbrukarnas vårdbehov över en längre tidrymd beaktas i större utsträckning än vad som sker för närvarande, oberoende av om vården ges i frivilliga former eller med stöd av LVM. Det är de långsiktiga, frivilliga vårdinsatserna som måste sättas i främsta rummet. Strävan bör vara att undvika den planlösa och destruktiva rundgång i vårdsystemet som alltför ofta kännetecknar de tunga missbrukarnas vårdkontakter. En sådan inriktning av arbetet bör enligt min mening kunna leda till att de befintliga resurserna används på ett effektivare sätt.

Under de år som gått sedan socialtjänstreformen genomfördes har den sektor inom den kommunala socialtjänsten som är inriktad på individ- och familjeomsorg expanderat förhållandevis kraftigt. Socialberedningen uppger att antalet socialsekreterare inom individ- och familjeomsorgen har ökat med ca 25 % under åren 1982–1986. Det är dock inte möjligt att ange hur stor del av resurserna som avsatts för missbrukarvård. Enligt min mening bör det i kommunerna finnas stora möjligheter att skapa en effektivare organisation genom bl. a. ett mera specialiserat missbruksarbete. Jag anser att de effektivitetsvinster som kan uppnås innebär att de totala kostnaderna för missbrukarvården inte behöver bli högre.

Under senare år har också den frivilliga institutionsvården byggts ut. Framför allt inom narkomanvården har det skett en kraftig utbyggnad av resurserna. En viss utbyggnad har också skett av institutionsplatser vid behandlingshem för alkoholmissbrukare. De nytillkomna platserna för alkoholmissbrukare vänder sig i stor utsträckning till missbrukare som har kvar åtminstone en del av sin sociala förankring. Omstruktureringen inom denna institutionssektor har alltså varit betydande. När det gäller institutionsplatser för alkoholmissbrukare gör jag bedömningen att tillgången på sådana platser totalt sett svarar relativt väl mot behoven. Socialberedningen har dock pekat på att det i en omstruktureringssituation finns uppenbara risker för att de tyngsta missbrukarnas behov inte blir tillgodosedda. Jag delar dessa farhågor och ser det som nödvändigt att kommunerna och huvudmännen för institutionerna uppmärksammar detta i vårdresursplaneringen. Frågan bör också belysas i den utvärdering som skall ligga till grund för ställningstaganden om hur statsbidragssystemet till missbrukarvård m. m. bör vara utformat fr. o. m. år 1990.

Under de senaste åren har det skett en omfattande utveckling av narkomanvården, inte minst i form av särskilda insatser för bekämpningen av HIV/AIDS. Regeringen har lämnat ett omfattande stöd till huvudmännen för att påskynda utbyggnaden av nya enheter inom narkomanvården. Fortfarande kvarstår dock ett behov av ytterligare utbyggnad av vården för narkotikamissbrukare. Regeringen har i propositionen (prop. 1987/88:79) om åtgärder mot AIDS poängterat behovet av en offensiv narkotikapolitik. Utöver tidigare beslutade satsningar har för åren 1988 och 1989 bl. a. föreslagits att medel skall anvisas för fortsatta förebyggande åtgärder inom narkomanvården, att ett extra bidrag ges till kommuner och landsting samt att ett särskilt statsbidrag utgår för att stimulera utbyggnaden av LVM-vården för narkotikamissbrukare. Ett intensifierat samarbete mellan socialtjänsten och kriminalvården har kommit till stånd och utvecklas vidare. Regeringen har vidare i årets budgetproposition föreslagit närmare 5,5 milj. kr. för att stimulera utvecklingsarbetet inom narkomanvården.

De ändringar av LVM som jag har föreslagit torde medföra ökade kostnader för kommunerna främst till följd av utbyggnaden av LVM-vården för narkotikamissbrukarna. Jag återkommer i det följande till inriktningen av det särskilda statsbidraget för denna utbyggnad. Även när det gäller alkoholmissbrukarna kan de föreslagna lagändringarna medföra kostnadsökningar för kommunerna. Dessa bör emellertid kunna kompen-

seras genom en viss omstrukturering inom vårdsektorn. Som jag tidigare konstaterat har endast cirka en fjärdedel av platserna vid de LVM-hem som huvudsakligen vänder sig till alkoholmissbrukare disponerats för vård enligt LVM. De övriga platserna har disponerats för vård enligt socialtjänstlagen. Jag anser att en något högre andel av platserna vid dessa LVM-hem bör kunna användas för vård enligt LVM, förutsatt att den nödvändiga utbyggnaden av öppenvårdsalternativen kommer till stånd. Den ökning av platsantalet för alkoholmissbrukare vid hem för särskilt noggrann tillsyn som kan erfordras, bör enligt min mening kunna tillgodoses genom att vissa av de befintliga LVM-hemmen anpassas för sådan tillsyn. Socialstyrelsen har regeringens bemyndigande att besluta vilka hem som skall anses som hem för särskilt noggrann tillsyn.

Förvaltningsdomstolarna kan inledningsvis komma att belastas av en viss ökning av antalet ärenden enligt LVM. Ökningen av vårdtidens längd och den allmänna effektiviseringen av missbrukarvården bör dock medföra att enskilda missbrukare inte återkommer så ofta som i dagsläget. Jag gör därför bedömningen att domstolarnas arbete kan utföras inom nuvarande resursramar.

Länsstyrelserna kan också åtminstone inledningsvis få en ökad ärendemängd. Förslagen om ett ökat utredningsansvar för socialnämnderna kommer dock att uppväga ökningen av antalet ärenden. Min bedömning är att de förslag som jag lämnat inte kommer att innebära ökade resursbehov hos länsstyrelserna.

De förslag i övrigt som gäller aktivare insatser av socialnämnden torde inte leda till några kostnadsökningar för kommunerna. Uppgifterna bör, som jag framhållit, klaras genom organisatoriska förändringar.

4.2 Statsbidrag till missbrukarvård m. m

Efter en överenskommelse mellan statens förhandlingsnämnd och de båda kommunförbunden beslutade riksdagen år 1985 om en ny konstruktion av statsbidragen till missbrukarvården (prop. 1984/85:151, SoU 26, rskr. 355).

Utgångspunkten för statsbidragssystemet är att främja målen för socialtjänsten och stödja en utveckling av vårdinnehållet. Bidraget skall även medge handlingsfrihet vid utveckling och förändring av verksamheten. Syftet är samtidigt att ge kommunerna frihet att välja de för deras behov och förutsättningar lämpligaste vårdformerna.

I det nya bidragssystemet är de tidigare statsbidragen till driften av hem för vård eller boende respektive till alkoholpolikliniker och vårdcentraler för narkotikamissbrukare sammanförda till ett gemensamt statsbidrag. Ett viktigt syfte med sammanslagningen var att luckra upp gränsen mellan institutionsvård och öppen vård.

Statsbidraget utgår i form av kommunbidrag, platsbidrag och omstruktureringsbidrag. Kommunbidraget kan fritt disponeras av kommunerna för olika typer av insatser och till olika verksamheter, bl. a. sådana som drivs av organisationer, stiftelser eller annan huvudman med ideell inriktning. Det baseras huvudsakligen på det genomsnittliga antalet vård dagar som varje kommun utnyttjat vid statsbidragsberättigade institutioner under

åren 1983 och 1984. Kommuner som haft låg utnyttjandegrad garanteras ett bidrag motsvarande 20 % av det genomsnittliga antalet vård dagar per 1 000 invånare i riket som helhet.

Ett genomförande fullt ut av principen att kommunerna skall ha hela kostnadsansvaret för vården ansågs dock äventyra existensen av vissa institutioner som krävs för vården av de mest utsatta grupperna. Dessa institutioner har stora upptagningsområden och hög personaltäthet. Därför utgår ett platsbidrag till huvudmän för sådana institutioner med ett bestämt belopp per plats. I huvudsak utgörs dessa institutioner av de tidigare statliga ungdomsvårdsskolorna och nykterhetsvårdsanstalterna. De institutioner som tidigare var statsbidragsberättigade, dvs. de statliga ungdomsvårdsskolorna och nykterhetsvårdsanstalterna samt de tidigare erkända och enskilda vårdanstalterna, kan också erhålla omstruktureringsbidrag, vilket skall underlätta en nödvändig omstrukturering av institutionsvården och ge berörda huvudmän en viss kompensation för de kostnader som uppstår vid avveckling av hela institutioner eller delar av dem.

Det nya statsbidragssystemet trädde i kraft den 1 januari 1986 och skall gälla under fyra år, dvs. fram till utgången av år 1989. Bidragsbeloppet för år 1988 har fastställts till 825 milj. kr. Fördelningen av bidraget sker efter årliga förhandlingar mellan staten och kommunförbunden. Kommunbidraget uppgår för år 1988 till drygt 657 milj. kr. och platsbidraget till ca 160 milj. kr.

I samband med att ett nytt statsbidragssystem infördes beslutades även om särskilda medel för att utveckla institutionsvården eller alternativ till denna. 10 milj. kr. fördelas årligen till olika projekt.

Jag har tidigare konstaterat att de nya reglerna för statsbidrag till missbrukarvård m.m. har lett till kraftiga minskningar av platsantalet vid LVM-hemmen. Detta har inneburit en nödvändig omstrukturering av institutionerna. Öppenvårdsalternativen tycks dock, enligt socialberedningen, inte ha tillkommit i samma takt som institutionsplatserna har avvecklats. Även om det ännu är för tidigt att dra några säkra slutsatser om utvecklingen i övrigt finns det mycket som talar för att detta kan leda till en nedrustning av vårdmöjligheterna för i första hand de tyngsta alkoholmissbrukarna. Socialberedningen framhåller att det kan finnas skäl att överväga att gå över till ett statsbidragssystem som innehåller starkare garantier för att de sämst ställda missbrukarnas vårdbehov blir tillgodosedda.

I samband med att det nya statsbidragssystemet genomfördes fick socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen inom vårdområdet. I propositionen 1984/85:151 om statsbidrag till missbrukarvård m.m. anförts bl.a. följande (s. 24).

Jag föreslår att socialstyrelsen, bl. a. mot bakgrund av den önskvärda utvecklingen mot en samlad vårdresursplanering, årligen efter samråd med de båda kommunförbunden till socialdepartementet skall redovisa en sammanställning av de förändringar som har skett inom missbrukarvården m.m. Materialet skall bl. a. ligga till grund för fortsatta ställningstaganden i fråga om statsbidraget.

Vidare avser jag att återkomma till regeringen med förslag om att ge RRV i uppdrag att bl. a. analysera effekterna av statsbidragssystemet. RRV bör även undersöka vilka analysinstrument som kan användas vid ekonomiska och andra utvärderingar av missbrukarvården. Redovisningen av detta uppdrag bör ske under hösten 1988.

Jag är inte nu beredd att ta ställning till hur bidragssystemet bör utformas efter år 1989. Utvecklingen inom området bör analyseras nog. I denna analys bör bl. a. resultaten av RRV:s och socialstyrelsens granskningar ingå.

4.3 Särskilt statsbidrag för vård av narkotikamissbrukare vid hem för särskilt noggrann tillsyn

Min bedömning: Inom ramen 35 milj. kr. bör statligt driftbidrag ges för platser avsedda för narkotikamissbrukare vid hem för särskilt noggrann tillsyn med 300 000 kr. per plats. Inom ramen bör socialstyrelsen få disponera 3 milj. kr. för särskilda insatser riktade till huvudmännen under ett uppbyggnadsskede. Kvalitativa krav bör anges för statsbidraget. Socialstyrelsen bör snabbt komma i gång med planeringen av utbyggnaden.

Socialberedningens förslag: Socialberedningen föreslår ett kompletterande statsbidrag inriktat på att stödja tillkomsten av kvalificerade LVM-resurser i första hand avsedda för narkotikamissbrukare. Bidraget bör ges formen av projektbidrag. Projektorganisation och projektinnehåll bör arbetas fram i samråd mellan berörd huvudman och ett projektsekretariat på socialstyrelsen. Medlen bör fördelas av en ledningsgrupp med företrädare för socialstyrelsen och de båda kommunförbunden (betänkandet s. 355–358).

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser som har yttrat sig i frågan betonar vikten av resurstillskott för utbyggnaden av platser för narkotikamissbrukare vid hemmen för särskilt noggrann tillsyn och behovet av särskilda statsbidrag för ändamålet. Statskontoret anser att resurser för ett prestationsrelaterat kompletterande bidrag bör kunna skapas genom omfördelning av socialdepartementets nuvarande anslag för utvecklings- och försöksverksamhet samt särskilda medel för bekämpningen av AIDS.

Skälen för min bedömning: Socialberedningen anger att de i praktiken tillgängliga resurserna för vård av narkotikamissbrukare på hem för särskilt noggrann tillsyn år 1986 var 22 platser. Köerna till dessa platser var långa. Under år 1987 har två nya sådana hem tillkommit i Stockholm. Flera remissinstanser har påtalat de stora bristerna på platser för narkotikamissbrukare i hem för särskilt noggrann tillsyn.

Enligt socialberedningen visar erfarenheterna entydigt att det finns ett behov av kvalificerade resurser speciellt avsedda för tvångsvård av narkotikamissbrukare. Jag instämmer i denna bedömning. Att sådana sårvårdsresurser erfordras kunde inte helt förutses när det nu gällande statsbidrags-

systemet utformades. HIV/AIDS-epidemin ställer nya krav på såväl den frivilligt som den tvångsvis bedrivna narkomanvården. Den kvalificerade tvångsvården för narkotikamissbrukare har också visat sig vara långt dyrare än annan social institutionsvård för missbrukare. Socialberedningen nämner att dygnskostnaden kan uppgå till närmare 2 500 kr. per plats. Jag instämmer i socialberedningens bedömning att kostnader i denna storleksordning kan vara svåra att bära för enskilda kommuner, varför ett särskilt statsbidrag bör ges i syfte att utjämna kommunernas kostnader för olika vårdformer. Den grundläggande principen att kommuner och landsting skall svara för missbrukarvården bör dock ligga fast.

Enligt min uppfattning är bristen på vårdplatser för de tyngsta narkotikamissbrukarna utomordentligt allvarlig. Inte minst med tanke på HIV/AIDS-epidemin måste stora ansträngningar göras för att komma till rätta med denna bristsituation. I propositionen om åtgärder mot AIDS har regeringen föreslagit att 35 milj. kr. skall anslås under budgetåret 1988/89 som stöd för en utbyggnad av platser för narkotikamissbrukare vid hemmen för särskilt noggrann tillsyn. Bidraget bör utgå från ett reservationsanslag till insatser mot AIDS under femte huvudtiteln. Jag angav i den nämnda propositionen att jag senare i samband med förslag om ändringar i LVM m.m. skulle återkomma till den närmare inriktningen av bidraget och därmed sammanhängande frågor.

Socialberedningen har föreslagit ett kompletterande statsbidrag som bör ges i formen av projektbidrag och som skall täcka en viss del av kostnaderna för LVM-vården av narkotikamissbrukare.

Beredningen föreslår vidare att bidraget bör fördelas av en ledningsgrupp med företrädare för socialstyrelsen och de båda kommunförbunden. De olika projekten bör arbetas fram i samråd mellan berörd huvudman och ett särskilt projektsekretariat på socialstyrelsen. Projektsekretariatet bör enligt beredningen förstärkas med experter som kan bistå vid bedömningen av projekten och fungera som konsulter åt de lokala projekten. Ledningsgruppen bör få i uppdrag att skyndsamt inventera behoven av tillkommande LVM-resurser i de olika länen och att utarbeta en plan för hur den erforderliga utbyggnaden kan genomföras.

Enligt min mening är det av största vikt att utbyggnaden av LVM-vården, framför allt vad gäller hem för särskilt noggrann tillsyn för narkotikamissbrukare, kommer igång snabbt och på ett väl planerat sätt. Som socialberedningen framhåller kan det ifrågasättas om det finns underlag för LVM-hem av detta slag i varje län. Jag delar beredningens bedömning att problemet i vissa delar av landet kan lösas genom regionala samverkansavtal omfattande två eller i något fall flera län. Socialstyrelsen bör ha ett särskilt ansvar för denna planeringsprocess. Styrelsens arbete bör ske i nära samverkan med de båda kommunförbunden. Jag har erfarit att socialstyrelsen har för avsikt att tillsätta en beredningsgrupp med representanter från kommun- och landstingsförbunden och att till denna beredningsgrupp koppla en expertgrupp med de uppgifter som socialberedningen föreslagit. Beredningsgruppen kommer såvitt jag erfarit att medverka i bedömningen av de ansökningar om statsbidrag som inkommer till socialstyrelsen. Vidare kommer gruppen att delta i planeringsprocessen för utbyggnaden.

Jag har dock den uppfattningen att socialstyrelsen bör svara för de slutliga besluten om statsbidragens fördelning. Jag har inte beräknat tilldelning av extra administrativa resurser, utöver vad jag föreslagit i årets budgetproposition, för att lösa de uppgifter hos socialstyrelsen som beskrivits ovan.

Jag anser att det särskilda statsbidraget om 35 milj. kr. bör ges formen av ett driftbidrag för sådana platser i hem för särskilt noggrann tillsyn eller på avdelning i sådant hem som är avsedda för narkotikamissbrukare som omhändertagits enligt LVM. Bidrag bör ges med 300 000 kr. per plats och kalenderår. Bidragssystemet bör gälla från den 1 juli 1988.

Stora krav kommer att ställas såväl på de nya enheter som kommer att inrättas som på övriga delar av vårdkedjan. Under ett uppbyggnadsskede kommer särskilda insatser att fordras för projektering, metodutveckling och utbildning av personal. Enligt min mening finns det anledning att åtminstone under det första året avsätta en del av statsbidraget för sådana inte platsbundna bidrag till huvudmännen. Jag anser därför att 3 milj. kr. bör disponeras för insatser med sådan inriktning som jag här beskrivit. Detta innebär att jag för det första budgetåret har beräknat medel för driftbidrag till drygt 100 helårsplatser.

De befintliga platserna för LVM-vård av narkotikamissbrukare som huvudmännen erhåller statsbidrag (platsbidrag) för från anslaget H 2. Statsbidrag till missbrukarvård m. m. bör fortsättningsvis, efter prövning av socialstyrelsen, kunna föras över till det här föreslagna statsbidragssystemet.

Driftbidraget bör utbetalas med en förskottsdel avseende beräknat antal platser och en slutbetalning för det faktiska antal platser som varit i drift under året. Utbetalning bör ske före den 1 april varje år.

En förutsättning för att driftbidrag skall utgå bör vara att verksamheten uppfyller vissa kvalitativa krav. Som jag tidigare anfört måste höga krav ställas på en verksamhet som skall ta emot de mest utsatta narkotikamissbrukarna. Ett sådant krav är att institutionen ingår i en väl planerad vårdkedja. En central punkt är att en missbrukare som bereds vård med stöd av LVM endast i undantagsfall skall tillbringa hela vårdtiden på en institution för särskilt noggrann tillsyn. Missbrukaren skall så snart det är möjligt överföras till vård i annan form. Därför är det av största vikt att institutionen redan från början är en integrerad del av en vårdkedja.

Vårdtiden på dessa hem syftar till att motivera missbrukaren för fortsatt vård och behandling. För att klara en sådan uppgift måste verksamheten bygga på nära relationer mellan klient och personal. Detta och andra faktorer medför bl. a. att hemmen bör ha en förhållandevis hög personaltäthet.

Personalen på en institution av denna karaktär utsätts ofta för påfrestningar av annat slag än i övrig missbrukarvård. Det ställer krav på erfarenhet och en hög utbildningsnivå. Jag är inte beredd att ange exakta krav i detta avseende men förutsätter att huvudmännen tar stor hänsyn till behovet av väl kvalificerad personal. Handledning, personalutvecklingsprogram samt en pågående metodutveckling bör vara naturliga delar av verksamheten.

Denna vårdform bör bedrivas i förhållandevis små enheter. 8–10 platser är tal som ofta nämns i dessa sammanhang. Detta platsantal bör enligt min mening kunna tjäna som riktmärke, även om det inte heller här är lämpligt att fastställa några exakta mått.

En nära samverkan mellan LVM-hemmen och hälso- och sjukvården erfordras. Krav på tillgång till läkare och sjuksköterska är naturliga. En viktig del är också samverkan med psykiatri. De speciella problem som HIV/AIDS medför nödvändiggör en organiserad samverkan med bl. a. infektionsläkare.

I statsbidragsansökan bör ingå en utförlig redogörelse för hur huvudmannen avser att tillgodose de kvalitativa krav som bör ställas på verksamheten.

5 Hemställen

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att anta de av lagrådet granskade förslagen till

1. lag om vård av missbrukare i vissa fall,
2. lag om ändring i socialtjänstlagen (1980: 620),

med vidtagna ändringar.

Vidare hemställer jag att regeringen bereder riksdagen tillfälle att ta del av

dels vad jag har anfört i regeringsprotokollet den 11 februari 1988 om

1. behovet av specialisering inom den öppna socialtjänsten (avsnitt 3.2),
2. vården av psykiskt svårt störda missbrukare (avsnitt 3.4),
3. missbrukarna och arbetsmarknaden (avsnitt 3.6),

dels vad jag nu har anfört om

4. det särskilda statsbidraget för vård av narkotikamissbrukare vid hem för särskilt noggrann tillsyn (avsnitt 4.3).

6 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition förelägga riksdagen vad föredraganden har anfört för de åtgärder och de ändamål som föredraganden har hemställt om.

	Sid.
Propositionen	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Propositionens lagförslag	3
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 11 februari 1988 ..	12
1 Inledning	12
2 Bakgrund	13
2.1 Missbrukets omfattning och utveckling	13
2.2 Missbrukarnas levnadsförhållanden	13
2.3 Socialtjänstens insatser	15
2.4 Slutsatser	16
3 Åtgärder för att förstärka den frivilliga missbrukarvården	17
3.1 Socialnämndens ansvar förtydligas	17
3.2 Behovet av specialisering	21
3.3 Utbildning och handledning för vårdpersonalen	25
3.4 Vården av psykiskt svårt störda missbrukare	26
3.5 Narkomanvården och AIDS/HIV	29
3.6 Missbrukarna och arbetsmarknaden	29
3.7 De frivilliga organisationerna	32
4 En reviderad tvångsvårdslag för vuxna missbrukare	34
4.1 Utgångspunkter	34
4.2 Inledande bestämmelser	37
4.3 Grunderna för vård	38
4.3.1 Missbruk av andra beroendeframkallande medel	38
4.3.2 Tidigare ingripanden	41
4.3.3 Skyddet för missbrukarens omgivning	48
4.3.4 Samhällets skyldighet att ingripa	52
4.4 Utredning och ansökan om vård	54
4.5 Omedelbara omhändertaganden	60
4.6 Vårdtiden	68
4.6.1 Socialnämndens skyldigheter under vårdtiden	75
4.6.2 Föreståndarens redovisningsskyldighet gentemot LVM-hemmets styrelse	77
4.6.3 Socialnämndens skyldigheter efter vårdtiden	78
4.7 Inledande sjukhusvård	79
4.8 Huvudmannaskapet för LVM-vården	85
4.9 Den lagtekniska lösningen	87
5 Upprättade lagförslag	88
6 Specialmotivering	88
6.1 Förslaget till lag om vård av missbrukare i vissa fall	88
6.2 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)	113
7 Hemställan	114
8 Beslut	114
<i>Bilaga 1 Socialberedningens sammanfattning av betänkandet (SOU 1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten. Tvänget</i>	<i>115</i>
<i>Bilaga 2 Socialberedningens lagförslag</i>	<i>132</i>
<i>Bilaga 3 Sammanställning av remissyttranden</i>	<i>140</i>
<i>Bilaga 4 Lagrådsremissens lagförslag</i>	<i>213</i>
Utdrag ur lagradets protokoll den 7 mars 1988	222
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 17 mars 1988	226
1 Anmälan av lagrådsyttrande	226
2 LVM-vårdens resurser och innehåll	228
2.1 LVM-vårdens resurser	228

2.2	LVM-vårdens innehåll	229
2.2.1	Inledning	229
2.2.2	LVM-vård med lägre faktiska rehabiliteringsmål	230
2.2.3	LVM-vård med högre faktiska rehabiliteringsmål	232
2.2.4	Samverkan med psykiatri	236
3	Forskning och statistik	237
3.1	Forskning om LVM-vården	237
3.2	Statistik	237
4	Statsbidragsfrågor m. m.	238
4.1	Inledning	238
4.2	Statsbidrag till missbrukarvård m. m.	240
4.3	Särskilt statsbidrag för vård av narkotikamissbrukare vid hem för särskilt noggrann tillsyn	242
5	Hemställan	245
6	Beslut	245

