

# Förord

Föreliggande volym utgör en bilagedel till LVM-utredningens betänkande *Tvång och förändring* (SOU 2004:03). Den består av fristående bidrag som forskare har skrivit på uppdrag av utredningen. Dessa bidrag har förmedlat värdefulla forskningsresultat som varit till gagn för utredningens arbete.

Tillsammans utgör dessa rapporter också en viktig kunskapskälla för personal som är verksam inom socialtjänsten, kriminalvården, missbrukarvården, hälso- och sjukvården samt rättsväsendet. För att sprida denna kunskap vidare har utredningen valt att publicera rapporterna i en särskild volym.

Författarna ansvarar själva för innehållet i sina respektive bidrag. Dessa har varit föremål för seminariebehandling med en disputerad forskare som kommentator vid respektive seminarietillfälle.

Jag vill tacka samtliga medverkande författare samt kommentatorerna: docent Sven Andréasson, professor Åke Bergmark, fil dr Leila Billquist, fil dr Jan Blomqvist, professor Anna Hollander, docent Eva Palmblad och fil dr Marie Sallnäs.

Stockholm i januari 2004.

*Kristina Rennerstedt*

*/Weddig Runquist*

# Innehåll

## **Komparativ analys av internationell lagstiftning om tvångsvård av substansmissbrukare**

*Av Magnus Israelsson*

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>17</b>
	Bakgrund .....	17
	Syfte .....	18
	Avgränsning .....	19
	Frågeställningar.....	19
	Tidigare forskning.....	19
	Droger – förekomst och bruk.....	21
<b>2</b>	<b>Teoretiska perspektiv .....</b>	<b>23</b>
	Faktorer som beskriver olika länder .....	23
<b>3</b>	<b>Metod .....</b>	<b>25</b>
	Kategorisering av lagtyp .....	27
	Kategorisering av etiska grundvalar .....	28
	Undersökta länder .....	31
	Kategorisering av länder .....	31
<b>4</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>32</b>
	Ländernas karaktäristika.....	32
	Akut civil tvångsvård .....	34
	Civil tvångsvård av längre rehabiliterande karaktär .....	35
	Olika insatser för missbrukare som regleras i strafflag .....	35
	Längsta maximala tid för tvångsvård oavsett typ.....	37

Hur hänger kriminalisering och de olika typerna av tvångsvård ihop? .....	37
Kan vi finna samband mellan länderfaktorer och tvångsvård? .....	38
Förekomst av tvångsvård med särskild etisk problematik.....	40
<b>5 Diskussion .....</b>	<b>42</b>
Sammanfattning av de viktigaste resultaten.....	42
Samband mellan tvångsvård och olika länderfaktorer.....	42
Internationell anpassning.....	43
<b>Referenser .....</b>	<b>45</b>
Otryckta källor .....	46
<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>47</b>
<b>Bilaga 2 .....</b>	<b>49</b>

# Konflikten som inte blir av – argumentation och kommunikation i LVM-förhandlingar

Av Maritha Jacobsson

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>61</b>
	Syfte .....	63
<b>2</b>	<b>Bakgrund .....</b>	<b>63</b>
	Lagen om vård av missbrukare i vissa fall .....	63
	Muntlig förhandling.....	65
<b>3</b>	<b>Metod och material .....</b>	<b>67</b>
	Analys av argument.....	67
	Analys av diskurser .....	70
<b>4</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>70</b>
	Sammanställning av LVM-förhandlingar.....	70
	För- och motargument .....	73
	Fortgående missbruk .....	73
	Vårdbehov .....	78
	Samtycke saknas.....	80
	Hälsoindikation.....	88
	Social indikation.....	93
	Skadeindikation.....	95
	Sammanfattande kommentarer .....	97
	Hur avgörs konflikter? .....	98
	Trovärdighet.....	98
	Historia.....	101
	Kunskapskällor.....	104
	De professionella aktörerna .....	109
	Terapeuten som motpart .....	112
	Det offentliga bitrådets roll.....	116
<b>5</b>	<b>Slutdiskussion .....</b>	<b>119</b>
	<b>Referenser .....</b>	<b>123</b>

## **Analys av socialnämndernas utredningar inför ansökan om tvångsvård enligt LVM**

*Av Annika Staaf*

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>127</b>
<b>2</b>	<b>Den sociala utredningen .....</b>	<b>129</b>
<b>3</b>	<b>Diskursanalys .....</b>	<b>131</b>
<b>4</b>	<b>Bakgrund inför bearbetning av utredningsmaterialet.....</b>	<b>132</b>
<b>5</b>	<b>Tillvägagångssätt och urvalsprocesser .....</b>	<b>135</b>
<b>6</b>	<b>Resultatredovisning .....</b>	<b>138</b>
6.1	Socialnämndernas LVM-utredningar vid en första anblick.....	138
6.2	Vårdplan.....	143
6.3	Allmänt om utredningar vid beslut om omedelbart omhändertagande .....	144
6.3.1	Omhändertagandebeslut av olika ”klient- grupper” .....	145
6.4	Manliga och kvinnliga missbrukare.....	147
6.4.1	Förekomsten av barn .....	147
6.4.2	Psykosociala omständigheter .....	148
6.4.3	Prostitution och kriminalitet.....	150
6.4.4	Förekomst av dubbla diagnoser.....	151
6.4.5	Äldre och yngre missbrukare.....	152
6.4.6	Alkoholister och narkomaner.....	155
<b>7.</b>	<b>Analys av utredningsmaterialet.....</b>	<b>155</b>
<b>8.</b>	<b>Sammanfattning och slutdiskussion.....</b>	<b>160</b>
	<b>Referenser .....</b>	<b>163</b>

# Omöjlighetens praktik – en studie av social- tjänstens LVM-handläggning

Av Mats Ekendahl

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>167</b>
	Undersökningens bakgrund.....	167
	Tidigare studier .....	168
	Syfte och frågeställningar .....	170
	Urval .....	171
	Forskningsmetod och datakvalitet.....	174
<b>2</b>	<b>Sakernas tillstånd .....</b>	<b>177</b>
	Klienternas egenskaper .....	178
	Alkohol kroniker och heroinister .....	181
	Ekonomi och prioriteringsordningar.....	186
	Parter i LVM-ärenden.....	192
	Missbrukarvården.....	194
	Tvångsvårdens för- och nackdelar .....	197
	Missbrukarna och samhället.....	203
	Sammanfattning .....	205
<b>3</b>	<b>Handläggningsarbetet .....</b>	<b>206</b>
	Vårdbehovsbedömningar.....	206
	LVM som akutlag.....	211
	Aktualisering av LVM-ärenden.....	214
	Hot om tvång.....	217
	Missbrukares samtycke och livssituation .....	221
	Handläggningsstrategier och -mål .....	226
	Skillnader och likheter mellan LVM-ärenden .....	229
	“Scenberättelser” .....	231
	“Aktörsberättelser” .....	233
	“Handlingsberättelser” .....	235
	“Medelberättelser” .....	237
	“Målberättelser” .....	239
	Sammanfattning .....	241

<b>4</b>	<b>Slutdiskussion.....</b>	<b>242</b>
	Individualiserat budgetberoende nyttotänkande.....	243
	Omöjlighetens praktik.....	249
	<b>Referenser.....</b>	<b>257</b>
	<b>Bilaga 1 .....</b>	<b>261</b>
	<b>Bilaga 2 .....</b>	<b>263</b>
	<b>Bilaga 3 .....</b>	<b>265</b>

## Om kontaktmannaskapet inom LVM-vården

*Av Anette Skårner*

Inledning .....	273
Kartläggningens uppläggning och genomförande .....	274
Kontaktmannaskapets utformning och innehåll .....	275
Kontaktmannaskap inom andra verksamheter .....	280
Relationen i centrum.....	281
Kontaktmannarelationen och tvånget .....	285
Samarbetet med socialtjänsten .....	288
Kontaktmannaskapet och tiden efter LVM-vården.....	290
Avslutande ord .....	293
Referenser .....	294
Bilaga.....	299



## Utfall av LVM-vård – översikt och syntes av hittillsvarande studier

Av Arne Gerdner

<b>1. Inledning .....</b>	<b>303</b>
<b>2. Förändringar i LVM och dess administration .....</b>	<b>307</b>
SiS övertar huvudmannskapet.....	312
Tre perioder .....	314
<b>3. De intagnas problembild .....</b>	<b>316</b>
Fysisk och psykisk ohälsa.....	320
Tidiga kränkningar och försummelse under barndomsåren .....	324
Förändring av problembilden för de LVM-intagna.....	326
LVM-intagna jämfört med frivilligt intagna på LVM- institutioner .....	327
<b>4. LVM-vårdens innehåll.....</b>	<b>328</b>
Beskrivningar av vården.....	330
Sammanfattning om vårdinnehåll.....	341
<b>5. Behandlingsutfallen enligt hittillsvarande studier .....</b>	<b>345</b>
Urval.....	346
Uppföljningstid .....	347
Sätten att mäta utfall .....	347
Triangulering .....	350
Bortfall och bortfallshantering .....	351
Justering till följd av metodologiska skillnader .....	351
Samlad bedömning av studiernas kvalitet .....	352
Andelen förbättrade över tid .....	358
Andelen helnyktra/drogfria över tid.....	361
Andelen döda per år över tid .....	363
Sammanfattning av utfallsstudierna .....	364

<b>6. Översikt av övriga fynd i i utfallsstudierna .....</b>	<b>365</b>
Utfallet död .....	367
Gruppjämförelser: Kön, drog och tvång .....	368
Överlevnad .....	369
Utslagningens mekanismer .....	372
Försök att strukturera motivationsarbetet.....	373
Prediktionsstudier av olika faktorerers betydelse för utvecklingen .....	376
Vård, eftervård och självhjälpsgrupper .....	379
Metadonprogram som eftervård till LVM.....	383
<b>7. Åter till behandlingsfaktorernas betydelse för utfall.....</b>	<b>385</b>
De metodologiska faktorernas betydelse .....	388
Patientfaktorernas betydelse .....	389
Programfaktorernas betydelse .....	391
Sammanfattning av programfaktorernas betydelse.....	394
<b>8. Diskussion.....</b>	<b>396</b>
Sammanfattning av översiktens slutsatser .....	397
Utfall, effekt och frågan om generaliserbara slutsatser .....	399
Studiens metod.....	402
Forskning och behandlingsutveckling.....	403
<b>Referenser .....</b>	<b>405</b>

## LVM-vårdens genomförande, utfall och effekt – en kontrollerad registerstudie i Jämtland

Av Arne Gerdner

<b>1. Bakgrund .....</b>	<b>415</b>
Utfall och effekt av tvångsvård.....	416
Nya förutsättningar för effektstudier? .....	420
Precisare mått på utfall när det gäller missbruk .....	423
LVM-utredningen och denna studies syfte .....	424
<b>2. Material och metod.....</b>	<b>425</b>
Forskningsetisk prövning.....	428
Datakvalitet.....	428
Bortfallsanalys .....	429
Problem med matchningen.....	432
Utfallsmått.....	435
Statistisk analys.....	436
<b>3. Genomförande av LVM-vård och andra insatser .....</b>	<b>437</b>
Omedelbart omhändertagande respektive fastställd dom ...	437
Institutionen.....	440
SiS indikationer på ”framgångsrikt motivationsarbete” .....	441
Avvikningar och återfall.....	442
Eftervårdens genomförande .....	442
Jämförelse med insatser för kontrollgrupp.....	443
Vilka LVM-vårdade tar emot fortsatt vård och stöd? .....	443
<b>4. Vårdens utfall.....</b>	<b>445</b>
Överlevnad.....	445
Tid till första tillnyktring eller avgiftning efter LVM- perioden .....	448
LVM-vårdade och kontroller.....	448
De omedelbart omhändertagna och de med fastställd dom .....	449
Personer med och utan negativa vårdhändelser.....	450
De som bedömts ”motiverade” respektive ”omotiverade”.....	451

De som fortsatt i frivillig vård och de som inte gjort så.....	452
Multivariat analys av tid till återfall och ny tillnyktring.....	453
Förändrad vårdtyngd på TNE jämfört med tidigare .....	455
Vårdtyngd för LVM-vårdade och kontroller .....	456
Vårdtyngd för de med och utan fastställd dom .....	457
Vårdtyngd efter LVM i förhållande till motivation och vårdhändelser.....	457
Vårdtyngd för de med och utan fortsatta stödinsatser.....	458
Multivariat analys av faktorer som förutsäger vårdtyngden året efter.....	459
<b>5. Diskussion.....</b>	<b>461</b>
Metodologiska erfarenheter och begränsningar.....	461
Praktisk taget all LVM-vård i Jämtland aktualiseras som akutärenden .....	463
Domarna utskiljer de med störst akut vårdbehov och mest utsatta läge.....	464
De flesta får ingen eftervård.....	464
Återfall tycks inte begränsa benägenheten till fortsatt frivillig vård .....	465
LVM-vården tycks idag inte klara av att bedöma motivation .....	466
Ändå förbättras fyra av tio .....	468
Men två av tio har dött .....	468
LVM-vården tycks inte ha påverkat utfallet.....	469
Faktorer som påverkar utfallet.....	469
Den eftervård som har givits är otillräcklig.....	471
Till slut.....	472
 <b>Referenser.....</b>	 <b>473</b>

## **Tvångsvårdens utfall – en uppföljning av missbrukare vårdade med stöd av LVM**

*Av Anders Bergmark*

<b>Inledning .....</b>	<b>477</b>
<b>Material och metod .....</b>	<b>478</b>
<b>Resultat .....</b>	<b>479</b>
<b>Diskussion.....</b>	<b>485</b>
<b>Referenser.....</b>	<b>487</b>
<b>Författarpresentation .....</b>	<b>489</b>

# Komparativ analys av internationell lagstiftning om tvångsvård av substansmissbrukare

Av Magnus Israelsson<sup>1</sup>

## 1. Inledning

### Bakgrund

Svensk lagstiftning medger tvångsomhändertagande av missbrukare för vård och behandling. Många svenska forskare och läroboksförfattare beskriver den svenska positionen som unik i ett internationellt perspektiv. Särskilt framhålls att den paternalistiska grundvalen för tvångsvård skulle vara unik internationellt sett.

Ett aktuellt exempel på denna uppfattning återfinns i Socialutskottets betänkande 2002/03:SoU13 *Med tvång och god vilja – vad gör Statens institutionsstyrelse?* I betänkandet behandlas Riksdagens revisorers förslag 2002/03:RR9 som bland annat innehåller en rekommendation till översyn av LVM. I rapporten anger revisorerna att Sverige internationellt sett har en långtgående och unik lagstiftning för tvångsvård av missbrukare. Men är det så? Vid en jämförelse mellan de nordiska ländernas lagstiftningar kan man kanske säga att Sverige intar någon form av särställning, men om man höjer blicken och tittar bortom Skandinavien kan man då hävda att Sverige har en extrem och särpräglad lagstiftning?

Två avhandlingar under senare år har hävdats att så inte är fallet. Arne Gerdner (1998) och Ewa Gustafsson (2001) har pekat på att det finns många exempel på tvångsvård även om de skiljer sig åt vad gäller lagens utformning, grundval och vårdtidens längd. De har

---

<sup>1</sup> Jag vill tacka professor Åke Bergmark och docent Yngve Mohlin för värdefulla reflektioner vid sammanställande av denna bearbetade version av min uppsats. Ett alldeles särskilt stort tack vill jag rikta till min handledare, lektor Arne Gerdner, för hans mycket förtjänstfulla och oerhört värdefulla insatser både under mitt arbete med uppsatsen samt under utarbetandet av denna version.

hänvisat till inventeringar som Världshälsoorganisationen (WHO) har publicerat. WHO genomförde 1986 en inventering i 43 länder och territorier fördelat på fem världsdelar. Av dessa hade 27 (63 %) någon form av tvångsvård för alkohol- och/eller drogmissbrukare (Porter, Arif & Curran 1986). WHO publicerade ytterligare en inventering under 1999 där man utökade antalet i inventeringen till 77 länder och territorier samt ett antal delstater (Porter, Argandoña & Curran 1999). Man kan därför inte påstå att det saknas kunskap på området, snarare är det så att dessa inte fått önskvärd spridning eller kommit till användning i svenska forskarled.

Riksdagens revisorers ståndpunkt att svensk lag är unik och särpräglad är mot denna bakgrund anmärkningsvärd. Om man vill göra en internationell utblick borde den sträcka sig något längre än till de nordiska länderna. WHO:s rapporter borde vara ett bra utgångsmaterial för en sådan utblick. Den deskriptiva ansatsen i rapporterna ger läsaren en bra uppfattning om den lagstiftning som finns i medlemsländerna, men ger också näring till nya frågor. Kan det finnas vissa faktorer i länderna som spelar roll för om tvångsvård förekommer eller ej? Kan politisk styrelseform, olika slags rättsinflytande, exempelvis till följd av kolonial historia eller religion, demografiska förutsättningar, ekonomi och välfärdsnivå eller konsumtionsmönster av alkohol och droger vara sådana faktorer? Vilka etiska utgångspunkter kan identifieras i lagstiftningen? En analys av redovisat slag kan visa hur lagstiftningen som rör tvångsvård av substansmissbrukare i till exempel Sverige förhåller sig i ett större internationellt perspektiv, vilket också är avsikten med denna undersökning.

## Syfte

Studiens syfte är att utifrån WHO:s publicerade rapporter ge en översikt över olika länders/delstaters lagstiftning rörande tvångsvård av substansmissbrukare vad gäller förekomst och typ av tvång samt legala kriterier och etiska utgångspunkter i lagstiftningen, samt genom en komparativ analys studera om detta har samband med ländernas politiska styrelseform, rättsinflytande, alkohol- och drogkonsumtion, demografiska förutsättningar, ekonomi samt något mått på välfärdsnivå.

## Avgränsning

Studien behandlar *inte* i vilken utsträckning tvångsvårdslagstiftning *praktiseras* eller vilket uttryck *vårdformerna* tar sig i de olika länderna. Detta är en studie om lagarnas utformning, inte om tillämpning eller vårdpraktik. Studien kommer endast att referera till lagligt reglerad tvångsvård av vuxna *alkohol- och/eller narkotikamissbrukare*, dvs. substansmissbrukare, och inte tvångsvård på grund av annan psykisk ohälsa eller annan orsak. I de fall där tvångsvård av substansmissbrukare regleras i mental hälsovårdslag ingår detta däremot i studien.

## Frågeställningar

- Hur vanligt förekommande är tvångsvård av substansmissbrukare internationellt?
- Vilka typer av tvångsvård går att identifiera i det empiriska materialet? Är bestämmelserna om tvångsvården reglerade inom ramen för strafflag, social vårdlag eller mental hälsovårdslag?
- Är det ett behov av vård eller ett farlighetskriterium (farlig för sig själv och/eller annan) som styr användandet av tvångsvård internationellt?
- Vilka etiska utgångspunkter kan man finna i staters utformning av lagstiftning för tvångsvård av substansmissbrukare? Kan den etiska grundvalen karaktäriseras i termer av Homeriskt tvång, paternalistiskt tvång, presummande tvång, preventivt tvång eller straffrättsligt tvång?
- Finns det något samband mellan å ena sidan olika länderfaktorer och å andra sidan förekomst och typ av tvångsvård i länderna?
- Hur är den svenska tvångslagstiftningens utformning i jämförelse med andra länders?

## Tidigare forskning

WHO:s första internationella undersökning gjordes 1962, *Survey of legislation on treatment of drug addicts*. Undersökningens viktigaste slutsatser pekade på att lagstiftningen i de undersökta länderna var tämligen olika beroende på hur allvarligt man i landets sociokulturella kontext såg på missbruk/beroende av alkohol/-



narkotika. I vissa länder var lagstiftningen orienterad åt det straffrättsliga hållet och mycket stränga straff utdömdes, i andra länder betraktades inte missbruk och beroende som ett moraliskt problem. WHO fann att attityderna till missbrukare hade börjat utvecklas i riktning mot att dessa skulle anses som sjuka och därför var i behov av adekvat och effektiv vård/ behandling. Till exempel började det bli vanligare med uppfattningen att missbrukare som begick brott, gjorde detta till följd av sitt beroende och att de därför behövde vård och inte straff. Tvångsvård i olika former existerade i ett flertal länder, medan andra utgick från att övergång till behandling skulle ske helt på frivillig väg. I majoriteten av länderna var tvångsvården av missbrukare reglerad i mental hälsovårdslag eller straffrättslig lag.

I WHO:s publikation *Expert committee on mental health: fourteenth report* (1967) presenterades organisationens policy och program för prevention och behandling av beroende av alkohol och droger. Rekommendationer utgick till medlemsländerna om hur man kunde förbättra och utveckla sin lagstiftning och vård för missbrukare. Två av de viktigaste riktmärkena i rapporten var:

- Lagstiftningen bör erkänna att en person som är beroende av alkohol eller andra droger är sjuk. Medicinska och folkhälsoexperter bör medverka i utformningen av en sådan lagstiftning.
- Adekvat vård och rehabilitering av drogberoende personer bör om nödvändigt försäkras genom vård av medicinska myndigheter, som bör administrera sådan vård alltifrån diagnos till rehabilitering.

WHO:s rekommendation till medlemsländerna var således att de skulle betrakta substansmissbrukare som sjuka och i behov av medicinsk vård/ behandling.

WHO:s andra stora studie över existerande lagstiftning genomfördes 1986, *Survey of law and treatment of drug and alcohol dependent persons*. Undersökningen omfattade 43 länder och territorier. Man fann att länderna uppvisade stora skillnader i vilken lagstiftning som användes för att bereda både frivillig- och tvångsvård för substansmissbrukare. En stor majoritet, 27 av länderna/territorierna (63 %), hade någon form av tvångsvård. Det viktigaste resultatet av undersökningen var att WHO senare (1987) utgav rekommendationer och riktlinjer till medlemsländerna för hur ny lagstiftning skulle kunna utvecklas på området.

Förenta Nationernas generalförsamling tog 1990 ett viktigt steg i att koordinera de internationella aktiviteterna rörande missbruk av narkotika genom utgivningen av publikationen *Political declaration and global program of action for international cooperation in the control of drug abuse and illicit trafficking in narcotic drugs and psychotropic substances*. Några av de viktigaste punkterna i deklARATIONEN var följande (Porter, Argandoña & Curran 1999, s. 19):

- Stater och FN skall förmedla råd och teknisk legislativ hjälp till länder som vill ha assistans i att anpassa sin lagstiftning till internationella konventioner och beslut som rör drogbruk och otillåten handel/smuggling (§ 75, 1990).
- Nationella strategier för de hälsomässiga, sociala, rättsliga och straffrättsliga områdena skall innehålla program för den sociala återintegrationen, rehabiliteringen och vården av missbrukare och drogberoende brottslingar (§ 30, 1990).

Deklarationen är viktig ur flera aspekter. Den konfirmerar WHO:s roll som stödorganisation för länderna under utvecklandet av sin lagstiftning för substansmissbrukare. Den påtalar också för medlemsländerna vikten av hjälp och service för att fullfölja en förändring av sin lagstiftning så att den följer upprättade konventioner på området. En av de viktigaste konventionerna som refereras till är konventionen för mänskliga rättigheter. WHO:s strävan att ge hjälp och rekommendationer till medlemsländerna i sitt arbete med att förändra sin lagstiftning på området, måste ses i ljuset av att WHO och FN ser droganvändandet i världen som ett mycket stort samhällsproblem.

### **Droger – förekomst och bruk**

Det råder i ett globalt perspektiv brist på jämförbara uppgifter över hur stort antalet narkotika- respektive alkoholmissbrukare är i världen. Det finns nationella uppgifter från många länder men dock ingen kvantifierande översiktsstudie som skattar internationell omfattning av missbruk av olika droger på ländernivå. Hur stort problem ett land har med sin droganvändande del av befolkningen är också svårt att svara på därför att den sociokulturella kontexten varierar stort i världen om vad ett missbruk är och därför påverkar till exempel hur villig man är att söka behandling. Det är därför ett

problem att kunna redovisa data för alla länder i studien. De mest relevanta siffrorna kommer från FN.

United Nations International Drug Control Programme (UNDCP) uppskattar antalet användare av otillåtna substanser (narkotika) till cirka 185 miljoner i världen. Detta skulle innebära att strax över 4 procent av världens befolkning i åldern 15 år och uppåt är användare av narkotiska och sinnesförändrande substanser. UNDCP och The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) redovisar också siffror för vilken typ av narkotiska eller andra sinnesförändrande substanser som personer världen över främst söker behandling för. Resultatet visar att européer, asiater och australiensare främst söker vård för opiatmissbruk, afrikaner för cannabissmissbruk och amerikaner för kokainmissbruk (UNDCP & UNODC 2002). The United Nations Office on Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP) presenterar data över hur omfattande spridningen av narkotika är i världen. Cannabis är den drog som har störst spridning. Så många som 96 % av de länder som rapporterat att de har drogproblem anger att drogen används. Opiater brukas i 87 % av länderna, kokain i 81 % samt olika typer av amfetamin i 73 % av länderna. Mot bakgrund av siffrorna konstaterar man att cannabis är den drog som är mest utbredd geografiskt, men inte den främsta "problemdrogen" – det är istället opiat (heroin) och kokain (UNODCCP 2002).

Bruk/missbruk av alkohol, som rimligen är den vanligast förekommande drogen överhuvud taget i stora delar av världen, är också svårt att presentera i form av globala siffror. Samma förhållande som för annat droganvändande gäller också här. För att få någon form av uppfattning i frågan blir nästa steg att titta på rapporterad konsumtion. Även här får man vända sig till WHO för att finna globala data. WHO anger dock att det är svårt att få fram säkra och likvärdiga resultat från alla länder. Därför är vissa angivelser uppskattningar som exempelvis jämförelser med andra närliggande stater. Man menar dock att siffrorna är de bästa som går att få för att mäta globala trender i alkoholbruk och i förlängningen också alkoholrelaterade problem.

Konsumtionen av alkohol, räknat i liter 100 % alkohol per capita/år i världen, har en spännvidd av cirka 15 liter (Slovenien) och 0,3 liter (Kambodja). Generellt kan sägas att alkoholkonsumtionen per capita minskar i de ekonomiskt högst utvecklade länderna och ökar i utvecklingsländerna. Starkast är ökningen i västra stillahavsregionen (inkl. Japan, Australien, Nya Zeeland och Kina).

Minskningen är starkast i Europa. Det är dock stora variationer länderna emellan (WHO 1999).

## 2. Teoretiska perspektiv

### Faktorer som beskriver olika länder

Vilka förhållanden kan då vara relevanta att undersöka för att få svar på frågan om det finns något samband mellan länderfaktorer och förekomst/typ av tvångsvård för substansmissbrukare i länderna? Eftersom forskningsfältet är okänt måste man utgå från antaganden om vilka variabler som kan vara viktiga. I studien görs antagandet att viktiga förhållanden att undersöka är hur länderna styrs, befolkningsuppgifter och någon form av internationell bedömning av utvecklingsnivå. När det gäller styrelseform används i studien dels det av landet angivna styrelseskicket och dels en kvalitativ tolkning av om landet styrs demokratiskt eller auktoritärt. Det finns ett flertal definitioner av begreppet demokrati, men den definition som studien använder har sin utgångspunkt i en vid tolkning av begreppet "liberal demokrati" (jfr Held 1987 samt Agevall & Klasson 2000).

Detta innebär att med demokrati avses ett system där medborgarna har fritt deltagande i det politiska livet, med yttrandefrihet, pressfrihet och föreningsfrihet, allmän och lika rösträtt till lagstiftande församling samt ett fungerande flerpartisystem. Med auktoritärt styre avses istället här en styrelseform där maktutövningen utgår enväldigt från en viss person eller grupp, om ett parti har en särställning enligt konstitutionen, om det saknas fria val till alla platser i den styrande församlingen eller om militären har ett betydande inflytande över politiken, dvs. olika former av kraftiga begränsningar i det folkmaktsutövande som betecknar en fungerande demokrati.

Variabler rörande demografiska förutsättningar kan också vara viktiga för att undersöka om likheter i förhållanden i exempelvis folkmängd eller befolkningskurvor kan visa samband med en viss form av lagstiftning. I studien används jämförelsetal för folkmängd och medianålder. Låg medianålder i ett land kan öka risken att det finns många missbrukande ungdomar. Uppgift om huvudsaklig religion används också. En dominerande religion kan ha påverkat både allmän etik och synen på lagstiftningens grundvalar. Ett sär-

skilt exempel på sådan religiös inriktning är islam, vars trosuppfattning inbegriper den religiösa lagen sharia. Sharia påverkar de flesta muslimska länder i större eller mindre utsträckning. En stark dominans av andra religioner, till exempel romersk-katolsk eller ortodox kyrka, kan givetvis också utöva stort inflytande över lagstiftning. Genom traditionens makt kan detta inflytande kvarstå även efter en process av sekularisering.

När det gäller ett lands utvecklingsnivå tar studien sin utgångspunkt i Förenta nationernas Human Development Index (HDI) och jämförelsetalet Bruttonationalprodukt per capita (BNP). BNP belyser landets ekonomiska utveckling men behöver inte vara relaterat till om landet har en välfärdsolitik och välmående befolkning. HDI däremot räknas ut genom en kombination av tre indikatorer som anses vara grundläggande i mänsklig utveckling. De är:

- *livslängd* – mätt genom förväntad livslängd vid födseln
- *utbildningsnivå* – mätt genom läs- och skrivkunnighet hos vuxna samt antalet inskrivna i primär, sekundär och högre utbildning
- *levnadsstandard* - mätt genom inkomst per capita. HDI räknas i en skala från 0–1 med 1 som maximalt värde.

Valet av HDI som välfärdsått är praktiskt motiverat, utifrån att det är tillgängligt för ett mycket stort antal länder. Det finns begränsningar i detta mått – exempelvis att HDI inte tar hänsyn till hälsoläge, ekonomisk fördelning eller jämställdhet mellan kvinnor och män.

Något som också kan vara av betydelse för hur ett land har utformat sin lagstiftning är om det har varit koloniserat eller på annat sätt stått under betydande inflytande från annan stat. Studien innehåller därför sådana variabler. En avgränsning har dock gjorts vid om landet har varit koloniserat efter år 1918, dvs. efter första världskrigets slut. Världskriget medförde en viss avkolonisering, bland annat då de förlorande staterna tvingades lämna ifrån sig sina kolonier. Då ländernas lagstiftning rörande substansmissbrukare i huvudsak har utvecklats efter detta bedömdes det rimligt att sätta gränsen till 1918. Med begreppet "annat inflytande" avses framför allt det forna Sovjetunionens påverkan av länder i östblocket. Man skulle kunna invända att USA också har haft ett "massivt inflytande" på exempelvis länderna i Latinamerika när det gäller ekonomiska och politiska förhållanden, men detta har inte i samma

utsträckning gällt rättsordningen. Ett tidigare koloniserat land har kanske tagit över den forna kolonialmaktens legislativa system eller har upplevt starka politiska påtryckningar från annan stat, till exempel Sovjet, vid utformningen av sitt rättssystem. Om det förhåller sig så kan detta ha satt avtryck i landets nuvarande lagstiftning, vilket då kan återspeglas i etiska överväganden när det gäller tvångsvård av substansmissbrukare.

### 3. Metod

Komparativa undersökningar är vanligt förekommande i social- och statsvetenskaplig forskning. Dogan och Pelassy anger i sin bok *How to compare nations* (1984) att: "jämförelser är det naturliga sättet att tänka". I många fall handlar komparativa studier om att jämföra politiska objekt i olika länder samt olika slags policy och trender mellan länder (Denk 2002). Hofstede (1984) betonar vikten av att kontrollera i vilken utsträckning de företeelser som jämförs mellan olika länder, också har samma innebörd/funktion i alla undersökta länder. Har man uppnått detta har man också uppnått *funktionell ekvivalens*. Denna studie handlar i hög utsträckning om att undersöka i vilken mån företeelser som gemensamt kan betecknas som tvångsvård också täcker samma verklighet, eller – rättare sagt – vilka olika former dessa uttrycks i. Detta hanteras här genom att undersöka lagstiftningens etiska grundvalar, deras inordning i olika legislativa system samt konkreta skillnader såsom minimi- och maximigränser.

Materialet för jämförelserna av lagstiftning har presenterats av WHO i tre publikationer. Samtliga dessa har publicerats under åren 1986 till 2001 och redovisar lagstiftning och policy rörande länders vård och behandling av alkohol- och/eller narkotikamissbrukare. Om uppgift om samma land finns i flera rapporter har senaste uppgift föredragits. Rapporterna är:

- *The Law and the treatment of drug and alcohol dependent persons* (Porter et al. 1986). Rapporten är något äldre än övriga och uppgifter har här hämtats för tre länder.
- *Drug and alcohol dependence policies, legislation and programmes for treatment and rehabilitation* (Porter et al. 1999). Ur rapporten har uppgifter hämtats för 75 länder.
- *Non-voluntary treatment of alcohol and drug dependence: a European perspective* (WHO 2001). Den bygger på material

som insamlades till en WHO-konferens i Moskva i maj 1999, bland annat en inventering av läget i olika stater som till stor del rymde östeuropeiska stater och länder inom forna Sovjetunionen. Rapporten kompletterar därmed ovanstående rapporter med uppgifter från tio relativt nya stater som ej funnits med i den tidigare rapporten.

Rapporterna bygger på enkätundersökningar utförda av WHO eller på dess uppdrag. Enkäter har sänts till vissa kontaktpersoner med någon koppling till sitt lands hälsodepartement eller annan officiell övergripande instans för missbrukarvård. Inför sitt urval av länder till de två första rapporterna har WHO strävat efter att välja medlemsländer med skiftande sociala, kulturella och ekonomiska förhållanden samt länder med både etablerade och relativt nya legislativa system samt olika stor folkmängd och ekonomisk utveckling för att få ett representativt urval. Initialt skedde urvalet genom att WHO:s egen personal med huvudsakligt ansvar för drog- och alkoholberoende frågor i de sex WHO-regionerna träffades och lämnade förslag på länder/territorier som skulle ingå i studien. Rapporterna antyder inte att några länder helt skulle ha avstått från att besvara dem. Däremot finns ett begränsat problem med bristande svar på vissa frågor, vilket redovisas då detta är aktuellt (Porter et al. 1986, 1999). Materialet till rapporten från 2001 är sammanställt av WHO:s europeiska regionala kontor (EURO) och Europarådet. Den anger att enkäter skickats ut till 24 länder i Europa och besvarats av 16. Vilka som ej svarat anges dock inte (WHO 2001).

Uppgifter om ländernas styrelseskick, folkmängd, tidigare kolonisering, rättsinflytande, BNP och dominerande religion har huvudsakligen hämtats från *Nationalencyklopedin multimedia 2000 plus*, vilket är en PC-baserad utgåva av den i bokform publicerade *Nationalencyklopedin*. Uppgifter om medianålder och HDI har hämtats från *Förenta Nationernas länderinformation* och *WHO:s länderinformation*. Dessa är källor som primärt återfinns via internet. Vidare har använts *CIA – World fact book 2003* och andra statistiska årsböcker såsom *The Europa World Yearbook 2000* och *The Statesman's Yearbook 2002*.

## Kategorisering av lagtyp

Undersökningen och kategoriseringen av vilken typ av lagstiftning som reglerar tvångsvården av substansmissbrukare i länderna har inletts med att konstatera om det rör sig om mental hälsovårdslag, sociallag eller strafflag. Några av ländernas rubriceringar av sina lagar har inte gett någon tydlig hänvisning om bestämmelsen utgår från social- eller speciallag eller mental hälsovårdslag. I dessa fall har jag fått göra en tolkning. Har det framgått att tvångsvården beslutas och handläggs vid psykiatrisk institution eller om det på annat sätt har gjorts en psykiatrisk bedömning som varit avgörande för beslut om vård, har detta tolkats som att det gäller mental hälsovårdslag. Om sådan inte finns och om beslut om vård tas i domstol eller på statsadministrativ nivå utan att brott förelegat har detta tolkats som att tvångsvården regleras i social- eller speciallag.

Nästa steg i kategoriseringen har varit att dela upp den "civila" tvångsvården i akut och längre rehabiliterande typ av vård. En grund för denna kategorisering är att lagen uttryckligen anger att det handlar om akutvård. En annan grund är att det tydligt anges att omhändertagandet är temporärt för att hantera berusning eller förgiftning (vanligen några timmar) eller för avgiftning och medicinska akuta problem under en något längre period.

Kategoriseringen av tvångsvård som regleras i strafflag har varit mer okomplicerad eftersom rapporterna från 1986 och 1999 har en indelning där den lagstiftningen redovisas separat. Att hålla isär akut och långvarig vård i den civila tvångsvården har också varit nödvändigt för att kunna göra tolkningen av den etiska grundvalen i lagen. Flera länder har nämligen både civil tvångsvård och straffrättsligt tvång och de etiska perspektiven i lagstiftningen kan skilja dessa åt.

När det gäller straffrättslig vård har en bedömning gjorts om det handlar om tvångsvård eller ej. I studien betraktas straffrättslig tvångsvård som sådan vård som regleras i strafflag och där domen inte förutsätter någon form av samtycke eller inte påverkas om initialt samtycke återkallas. Dvs:

1. Någon döms till vård/ behandling utan krav på samtycke, antingen för missbruk/bruk/innehav eller för annan drogrelaterad brottslighet.
2. Någon döms till fängelse *och* behandling, även detta utan krav på samtycke, för antingen missbruk/bruk/innehav eller annan drogrelaterad brottslighet.



3. Någon döms till vård som inledningsvis krävt samtycke, men personen begär själv att han skall *kvarhållas* om han eventuellt senare försöker avbryta vården. Det senare brukar benämnas Homeriskt tvång inom ramen för straffrättslig tvångsvård.

I studien betraktas inte olika former av kontraktsvård som tvångsvård, ej heller om en dömd har rätt till eller kan få möjlighet att vårdas för sitt missbruk under fängelsetiden. Motiveringen till detta i fråga om kontraktsvård är att det finns ett val för personen och att denne hela tiden är fri att ändra sitt val och därmed är det inte tvångsvård i regelrätt mening. Att en person har möjlighet att få behandling för sitt missbruk under verkställighetstiden betyder inte att denne vårdas under tvång. Återigen finns en valmöjlighet vilket avgör att det inte är fråga om tvång. Därför används i studien begreppet *vård under verkställighet* för sådan typ av vård som sker med samtycke eller som innefattar någon form av valmöjlighet för personen.

För att ge en översikt över alla former av straffrättsliga insatser som länderna har för missbrukare finns i tabell D, bilaga 2, en sammanställning av detta. Det kallas då *annan straffrättslig vård*.

### Kategorisering av etiska grundvalar

Kategoriseringen av olika etiska principer som kan ligga till grund för lagstiftningen om tvångsvård följer Tännjö (1994).

- Homeriskt tvång är ett tidsbegränsat tvång som riktas mot en individ till dennes skydd, med den tvingades *tidigare uttryckliga* medgivande.
- Paternalistiskt tvång är ett tvång som riktas mot en beslutskapabel individ till dennes eget skydd mot individens vilja.
- Presumerande tvång riktas mot en icke beslutskapabel individ till dennes eget skydd. Det skall dock finnas mycket starka skäl att anta att personen hade accepterat vården om denne kunnat ta ställning till den. Tvånget skall också upphöra i den stund personen återfår sin förmåga att fatta ett självständigt beslut.
- Preventivt tvång riktas mot en person till skydd för tredje part med anledning av prognosen om personens farlighet för andra.
- Straffrättsligt tvång riktas mot en person på grund av något lagbrott som vederbörande har dömts för.

Själva kategoriseringen har genomförts med hjälp av de uppgifter som angetts i WHO:s rapporter, dvs. huvudsakligen med hjälp av beskrivningar och rekvisit som länderna angivit för när lagen är tillämplig för beredande av tvångsvård av substansmissbrukare. Metoden redovisas enklast genom exempel.

Homeriskt tvång, Danmark:

Drug-dependent person who chooses to enter into treatment contract, when there are valid grounds for supposing that he will discontinue the agreed treatment; and it would be irresponsible not to keep the person concerned in detention for the following reasons: (1) the prospect of putting an end to his drug habit, or of substantially and decisively improving his condition, would be considerably reduced; and (2) the person concerned presents an immediate and considerable risk to himself and others. (Porter, Argandoña & Curran 1999, s. 374)

Lagstiftningen utgår främst från en Homerisk grundval eftersom det handlar om en person som ingår behandling frivilligt, men får hållas kvar med stöd av sitt tidigare avgivna medgivande.

Paternalistiskt tvång, Kanada (British Columbia):

In need of treatment for narcotic dependence. The director of charge of an area-coordinating centre applies to the court for an order declaring that the person is in need of treatment for narcotic dependence. (Porter, Argandoña & Curran 1999, s. 353)

Exemplet visar bara en del av lagtexten, men det framgår att beredande av tvångsvård främst görs med anledning av att det skall finnas behov av vård hos individen. Behovet av vård beslutas av någon annan, i det här fallet domstol, och betyder således: till skydd för sig själv, dvs. paternalistiskt tvång. Det krävs varken presumtion av vilja eller tidigare uttryckt vilja.

Presumerande tvång, Kenya:

Any person who is suffering from mental disorder and is likely to benefit by treatment in a mental hospital but is for the time being incapable of expressing himself as willing or unwilling to receive treatment. (Porter, Argandoña & Curran 1999, s. 392)

Lagstiftningen utgår från att personen inte är kapabel att fatta ett eget beslut. Exemplet talar om "mental disorder" vilket här betyder psykisk sjukdom och som likställs med den oförmåga som inträtt hos personen på grund av alkohol- eller annat substansmissbruk.

Preventivt tvång, Finland:

The grounds for admission in emergencies are need for immediate medical attention and danger to self or others. Any medical doctor, when another doctor confirms the statement and there are clear medical grounds, can commit somebody for up to five days. On the social ground of danger, the decision is based on the proposal of a social worker or on his consent. Court can decide on compulsory treatment for up to 30 days. (WHO 2001, s. 50)

Finland har en begränsad möjlighet att bereda tvångsvård för missbrukare. Som vi ser i exemplet är det akuta omhändertagandet upp till fem dagar grundat på paternalistiskt och preventivt tvång eftersom lagen talar om skydd för personen själv och andras väl och ve. Men när det gäller något längre tvång upp till 30 dagar, har skyddet för personen själv fallit bort och han kan endast beredas vård om han utgör ett hot för andra, vilket har sin etiska grundval i preventivt tvång.

Straffrättslig tvångsvård, Tyskland:

The court shall order that any person convicted of any unlawful act committed under the influence of intoxication or whose crime is a result of habitual intoxication, (...) shall be detained in a withdrawal clinic if there is the danger that he will commit serious unlawful acts in consequence of his habit. (Porter, Argandoña & Curran 1999, s. 545)

Ett begånget brott renderar en missbrukare i det här fallet tvångsvård om brottet utfördes till följd av personens missbruksproblem, och om det finns en uppenbar risk för fortsatt brottslighet till följd av personens drogberoende.

Eftersom nästan alla länders lagstiftning innehåller flera olika etiska grundvalar har detta uppmärksammats i studien. Innehåller den till exempel både paternalistiska och preventiva drag har detta redovisats.

I fråga om vilken instans som tar beslutet att bereda en person tvångsvård har detta delats upp på tre grupper: hälsoadministrativt, statsadministrativt och domstol. Med ett hälsoadministrativt beslut avses i studien läkare, psykiatriker eller annan form av hälsovårdande personal, antingen som panel, s.k. tvåläkarintyg, eller enskilt. Med statsadministrativt beslut avses "kommunal socialnämnd", polismyndighet eller annan statlig eller kommunal myndighet som ej är att räkna som juridisk domstol eller hälsovårdande myndighet. Med domstol avses såväl administrativa domstolar som domstolar för brott och civilrätt.

## Undersökta länder

Totalt finns uppgifter om 88 länder från alla världsdelar. Inom Afrika är dock de västafrikanska länderna svagt representerade. För åtta federativa länder där motsvarande lagstiftning delvis finns på delstatsnivå har dessutom undersökningen gjorts på denna nivå, men då för ett mindre antal delstater. Detta framgår av bilaga 1.

## Kategorisering av länder

Ländernas karaktäristika framgår av tabell A i bilaga 2. Kategorisering har krävt författarens bedömning när det gäller avvägningen om ett land skall betraktas ha ett demokratiskt eller auktoritärt styrelseskick. Som redovisats tidigare har länder klassats som auktoritärt styrda då det funnits olika former av kraftiga begränsningar i det folkmaktsutövande som kännetecknar en fungerande demokrati. Exempel på länder som klassats som auktoritära är Kina och Egypten.

Övriga uppgifter om länderna har ej varit föremål för någon tolkning. Dock har vissa landsuppgifter slagits ihop till större grupper för att kunna genomföra frekvenstabeller med överskådligare resultat.

I fråga om dominerande religion i berörda länder har dessa uppgifter sammanställts i tre grupper: kristendom, islam och övriga religioner.

När det gäller huvudsakligt rättsinflytande i ländernas lagstiftning har dessa sammanställts i fyra grupper: anglosaxisk, sharia, sovjetiskt samt övrigt. Liknande indelning har gjorts när det gäller vilket land som har varit eventuell kolonialmakt (eller under domiansförhållande). Indelningen här har varit: England, Sovjet eller övrigt.

Uppgifter beträffande HDI och BNP har saknats i några få fall. Frånvaron av BNP-uppgift har då räknats som bortfall, men saknat HDI-värde har hanterats på annat vis. HDI-värdet har använts för att indela länderna i tre grupper av mer eller mindre utvecklade länder. Indelningen följer FN:s egen klassificering. Länder med "High human development" är länder som ligger inom gränsvärdena 0,800–0,942. Dessa länder har alltså den högsta HDI-nivån. De flesta västeuropeiska länderna placerar sig här men även ett antal arabiska och sydamerikanska. I gruppen "Medium human deve-

lopment”, som sträcker sig mellan värdena 0,500–0,799, placerar sig det största antalet länder i världen. De flesta asiatiska, sydamerikanska och arabiska länderna finns i gruppen samt ett antal afrikanska. Den tredje och sista gruppen av länder placerar sig i gruppen “Low human development”. Värdena varierar här mellan 0,275–0,499. Asiatiska och afrikanska länder dominerar gruppen. HDI-värde har saknats för Afghanistan, Irak, San Marino, Somalia och Tonga. Lösningen blev då att imputera värden från ett grannland med förmodad liknande utvecklingsnivå.<sup>2</sup>

## 4. Resultat

### Ländernas karaktäristika

En översikt av ländernas karaktäristika i förhållande till HDI-värde framgår av tabell 1. (En utförligare genomgång av de specifika ländernas olika karaktäristika finns i tabell A i bilaga 2).

Det finns som väntat samband mellan välfärd så som den mäts med HDI samt med flera andra faktorer, främst naturligtvis ekonomisk styrka (BNP). Tabellen visar att länderna med högst HDI oftare är kristna och demokratiskt styrda länder som varken varit koloniserade av England eller stått under sovjetisk dominans, medan länder med relativt lägre HDI oftare är auktoritärt styrda muslimska länder som varit koloniserade av England. När det gäller rättsinflytande kan man se att det finns ett klart inflytande från sharia i länder med lägst HDI-värde, men även ett visst engelskt rättsinflytande. Tabellen pekar också ut att opiater allmänt sett är de vanligaste drogerna som personer söker vård för, men i gruppen med lägst HDI är också cannabis vanligt.

---

<sup>2</sup> Vid kontroll visade det sig att detta inte påverkade några analyser. Resultaten blev de samma om endast ursprungliga värden användes.

Tabell 1. Ländernas karaktäristika i förhållande till välfärdsnivå mätt med HDI

	Grupp 1 Lågt HDI n = 10	Grupp 2 Med. HDI n = 39	Grupp 3 Högt HDI n = 39	Totalt n = 88
Statsskick				
Republik	90 %	87,2 %	66,7 %	78,4 %
Monarki	10 %	12,8 %	33,3 %	21,6 %
Styrelseform				
Auktoritärt	60 %	30,8 %	12,8 %	26,1 %
Demokratiskt	40 %	69,2 %	87,2 %	73,9 %
Huvudsaklig religion				
Kristendom	20 %	48,7 %	82,1 %	60,2 %
Islam	70 %	33,3 %	10,3 %	27,3 %
Övriga	10 %	17,9 %	7,7 %	12,5 %
Koloniserat efter 1918	100 %	66,7 %	33,3 %	55,7 %
Koloniserad av vilket land?				
England	80 %	33,3 %	28,2 %	36,4 %
Sovjet	0 %	25,6 %	15,4 %	18,2 %
Övrigt respektive ej koloniserat	20 %	41 %	56,4 %	45,5 %
Rättsinflytande				
Anglosaxisk	30 %	15,4 %	25,6 %	21,6 %
Sharia	60 %	7,7 %	10,3 %	14,8 %
Sovjetiskt	0 %	28,2 %	5,1 %	14,8 %
Övrigt	10 %	48,7 %	59 %	48,9 %
Folkmängd – medelvärde	49,5 milj	95 milj	24 milj	59 milj
Medianålder – medelvärde	18,1 år	24,8 år	34,9 år	28,4 år
HDI – medelvärde	0,4997	0,7114	0,8808	0,7654
BNP per capita – medelvärde	540 \$	2009 \$	16525 \$	8300 \$
Alkoholkonsumtion i per capita i liter ren alkohol	0,7 L	3,9 L	9 L	5,9 L
Den drog vilken beroende personer i länderna främst behandlats för (ej alkohol).				
Cannabis	40 %	10,3 %	5,1 %	11,4 %
Opiater	50 %	61,5 %	71,8 %	64,8 %
Stimulantia (kokain, amfetamin, qhat m.m.)	10 %	28,2 %	23,1 %	23,9 %

En genomgång av de olika ländernas lagstiftning presenteras på grund av sin omfattning i tabellbilagan (tabeller B–D, bilaga 2). Nedan presenteras en kortare tabell (tabell 2) som sammanfattar hur lagarna ser ut i de tre olika ländergrupperna utifrån välfärdsnivå.

Tabell 2. Uppgifter om tvångsvård m.m. i förhållande till välfärdsnivå såsom det mäts med HDI

	<i>N</i>	<i>Lågt HDI</i>	<i>Med. HDI</i>	<i>Högt HDI</i>	<i>Totalt</i>	<i>Signifikans</i>
Andel med någon sorts tvångsvård, därav...	88	70 %	84,6 %	82,1 %	81,8 %	E.s.
Andel med civil akut tvångsvård	88	0 %	28,2 %	35,9 %	28,4 %	0,080
Andel med civil längre tvångsvård	88	40 %	51,3 %	51,3 %	50 %	E.s.
Andel med straffrättslig tvångsvård	88	40 %	51,3 %	44,6 %	46,6 %	E.s.
Andel med vårdinsats i någon form reglerat i strafflag inklusive med samtycke?	86	40 %	78,9 %	65,8 %	68,6 %	0,054
Kriminaliserat missbruk/bruk/innehav	86	22,2 %	42,1 %	43,6 %	40,7 %	E.s.

Som framgår av tabell 2 är tvångsvård totalt sett något mindre vanligt i länder med lågt HDI-värde. Längre civil tvångsvård är den dominerande formen i alla tre ländergrupperna, men i länder med lågt och medelhögt HDI är denna andel lika med andelen som har straffrättslig tvångsvård. Akut civil tvångsvård ökar tydligt med högre HDI-värde. Vårdinsats totalt sett som regleras i strafflag (dvs. både tvångsvård och sådana insatser som kräver samtycke) är vanligare i länder med medelhögt HDI. Kriminaliserat missbruk/bruk/innehav är också vanligare i länder med högt och medelhögt HDI. Ingen av dessa skillnader uppnår statistisk signifikans, men den högre andelen med civil akut tvångsvård i länder med högst HDI och den högre andelen med straffrättslig insats oavsett samtycke i länder med medelhög HDI tangerar signifikans på fem procentnivån. En noggrannare genomgång av relationerna till HDI framgår av tabell 3, där hela HDI-skalans längd utnyttjas.

### Akut civil tvångsvård

Av studiens länder har 28 % någon form av lagstiftning som reglerar akut tvångsvård (se tabell B, bilaga 2). Av de länder som har detta regleras vården till 72 % i mental hälsovårdslag och till 28 % i sociallagstiftning. Den tidsperiod som missbrukaren är omhändertagen varierar maximitiden från 8 timmar till odefinierad tid. Det är

viktigt att betona att odefinierad tid just innebär att det i lagen saknas en borte tidsgräns. Det är alltså inte detsamma som att uppgift saknas. Medianvärdet ligger på 720 timmar, dvs. en månad. Vanligast är att hälsoadministrativa myndigheter beslutar om akut omhändertagande. Om beslutet går att överklaga framgår inte i 14 av de undersökta länderna. Uppgift att beslutet är överklagbart fastslås för åtta länder och motsatsen i tre. När det gäller de etiska grundvalar som den "akuta" lagstiftningen utgår från är det presummande tvånget gemensamt för alla länder. Vanligt är också att akut tvång dessutom har både preventiv (64 %) och paternalistiskt (64 %) utgångspunkt.

### **Civil tvångsvård av längre rehabiliterande karaktär**

Av de 88 länderna har hälften (50 %) någon form av längre civil tvångsvård (se tabellbilaga C). Av de länder som har sådan lagstiftning regleras den till 66 % i social- eller speciallagstiftning, till 30 % i mental hälsovårdslag. I ett fall är det fråga om strafflag och i ett fall framgår det ej vilken lagstiftning det gäller. Den maximala tidsperiod missbrukaren är omhändertagen varierar mellan en månad och odefinierad tid. Den längsta tidsrymd ett land har angivit är tre år. Dessutom finns det fyra länder som inte har någon maximal vårdtid. Medianvärdet ligger på ett års tvångsvård.

I 25 länder är det domstol som beslutar om tvångsvård, i 11 fall är det statsadministrativa myndigheter, i fyra hälsoadministrativa och i två fall både hälso- och statsadministrativa myndigheter. I 24 fall framgår inte om beslutet/ domen går att överklaga. Dock finns uppgift om att överklagan kan göras i 21 länder och motsatsen i två.

När det gäller de etiska grundvalar länderna har i sin lagstiftning visar resultatet att paternalistisk grundval dominerar (85 %) och att preventiv förekommer (45 %) men att presummande tvång är mer ovanligt (17 %) och Homeriskt tvång är sällsynt (6 %).

### **Olika insatser för missbrukare som regleras i strafflag**

Som redovisats tidigare kan strafflagarna ta upp flera olika insatser för missbrukare. Alla dessa behöver inte vara tvångsvård. Som exempel på insatser där individens samtycke fordras hela vägen kan



anges kontraktsvård och vård under verkställighet. Dessutom kan det finnas regler om tvångsvård, dvs. insatser som inte kräver samtycke eller där insatsen sker trots att initialt samtycke ändras (Homeriskt tvång). Först redovisas därför all typ av straffrättsliga insatser, dvs. både de som fullt ut kräver samtycke och därefter de insatser som karaktäriseras som tvångsvård.

Av studiens 88 länder har 61 (69 %) någon form av straffrättslig vård/åtgärd för missbrukare oavsett samtycke (se tabellbilaga D). Av dessa 61 gäller i 35 fall den straffrättsliga lagstiftningen för bruk/-innehav av droger, i elva fall framgår inte detta. Av länderna anger 34 att lagstiftningen också kan gälla för annan drog/alkoholrelaterad brottslighet. När det gäller vård under verkställighet, dvs. att en person *kan* få vård i fängelse framgår att 13 länder har denna åtgärd. Någon form av kontraktsvård finns i 12 fall. Kortaste tidslängd för åtgärd/vård av straffrättslig karaktär spänner från odefinierad tid till 2 år. Maximal tidslängd sträcker sig från 15 dagar till odefinierad tid. Om man undantar de odefinierade tidslängderna är den kortaste vårdtiden länderna angett en månad och den maximala tiden fem år. Observera alltså att odefinierad tid inte ska förstås som att uppgift saknas. Istället handlar det om att lagstiftningen faktiskt saknar gräns. Medianvärdet för maximal tid ligger på tre år. Den instans som beslutar om åtgärd/vård är till 94 % domstolar.

Beträffande förekomsten av *tvångsvård* reglerad i strafflag, dvs. att en person blir *dömd* till vård, döms till fängelse *och* behandling utan samtycke eller med Homeriskt tvång, visar resultatet att det är 41 länder (47 %) som har någon av dessa möjligheter. Homeriskt tvång utgör en särställning i den här typen av lagstiftning, men det finns två länder som har detta i anslutning till straffrättslig tvångsvård och det är Förenade Arabemiraten och Qatar. Likheterna med någon form av kontraktsvård är tydlig men eftersom man inte har rätt att ta tillbaka sitt samtycke kan det ses som en Homerisk grundval i lagstiftningen. Den kortaste tiden för straffrättslig tvångsvård redovisas för 16 länder, varav 9 länder uppger odefinierad gräns medan de angivna gränserna sträcker sig från 1 till 6 månader. Den maximala tiden för straffrättslig tvångsvård är redovisad för 22 länder, varav 11 uppger odefinierad tid och övriga varierar från 6 månader till 5 år. Fem år blir därmed också medianvärdet för den maximala vårdtiden för straffrättslig tvångsvård.

## Längsta maximala tid för tvångsvård oavsett typ

Uppgift om den maximala vårdtiden totalt sett (oavsett typ av tvångsvård) finns för 46 av de 72 länder som har någon av de tre formerna av tvångsvård. Denna varierar från 14 dagar till tre år i definierad tid, vartill kommer 15 länder med odefinierad maximal tid. Medianvärdet för den maximala vårdtiden oavsett typ av tvångsvård är ett år.

## Hur hänger kriminalisering och de olika typerna av tvångsvård ihop?

Samband mellan kriminaliserat bruk/missbruk/innehav och förekomst av tvångsvård samt de olika typerna av tvångsvård undersöktes med korstabulering.

Det finns inget tydligt samband mellan kriminaliserat bruk/missbruk/innehav och tvångsvård *totalt sett*. Bland de som *tillämpar* kriminalisering har 86 % tvångsvård och bland de som inte tillämpar kriminalisering har 78 % tvångsvård.

Däremot finns det klara samband mellan kriminalisering och *typ av tvångsvård*. Bland de som tillämpar kriminalisering har samtliga *en straffrättslig tvångsvård* jämfört med endast hälften av övriga (Chi-2:  $p < 0,001$ ). Förhållandet är det rakt motsatta när det gäller de båda formerna av civil tvångsvård. Bland dem som tillämpar kriminalisering har endast 11 % en civil akut tvångsvård jämfört med 41 % av dem som inte tillämpar kriminalisering ( $p = 0,003$ ). Bland dem som tillämpar kriminalisering har 34 % en längre rehabiliterande civil tvångsvård, medan motsvarande andel för de övriga uppgår till 59 % ( $p = 0,025$ ).

Mellan de båda formerna av civil tvångsvård finns också klara samband. Att ha den ena formen ökar chansen att man också har den andra formen av civil tvångsvård. Av de som har akut civil tvångsvård är även längre rehabiliterande tvångsvård ungefär dubbelt så vanlig jämfört med dem som saknar akut tvångsvård (76 % respektive 40 %;  $p = 0,002$ ).

Slutligen prövades om det finns något samband mellan förekomst av straffrättslig tvångsvård å ena sidan och de båda formerna av civil tvångsvård å den andra. Länder med straffrättslig tvångsvård saknar i större utsträckning än andra både civil akut tvångsvård

(17 % jämfört med 38 %;  $p = 0,028$ ) och längre rehabiliterande civil tvångsvård (39 % jämfört med 60 %;  $p = 0,054$ ).

### Kan vi finna samband mellan länderfaktorer och tvångsvård?

Frågan är då vad som styr förekomsten av den ena respektive den andra sortens tvångsvård. En genomgång av tvångsvård totalt och olika former av denna samt av lagstiftning som kriminaliserar bruk/missbruk/innehav i relation till olika länderfaktorer redovisas i tabell 3.

Tabellens resultat kan sammanfattas enligt följande:

- *Tvångsvård totalt* finns något oftare i rikare länder (högre BNP) med högre HDI-värde och som inte varit kolonier eller under sovjetdominans efter första världskriget. Här är dock sambanden svaga.
- *Akut civil tvångsvård* är betydligt vanligare i demokratiska länder med högre medianålder, högre HDI samt i länder med sovjetiskt rättsinflytande, eller som tidigare varit under sovjetisk dominans.
- *Längre civil tvångsvård* finns oftare i rikare länder (högre BNP) med högre medianålder, eller länder med sovjetiskt rättsinflytande, eller som tidigare stått under sovjetisk dominans.
- *Straffrättslig tvångsvård* finns oftare i auktoritära länder med något lägre medianålder som varken haft angloamerikanskt eller sovjetiskt rättsinflytande, men däremot sharia eller övrigt.
- *Kriminaliserat innehav/bruk/missbruk* finns oftare i auktoritärt styrda länder och i länder med rättsinflytande av sharia och som ej stått under sovjetisk dominans.

Tabell 3. Förekomst av olika sorts tvångsvård och kriminaliserat innehav/bruk/missbruk relaterat till olika länderfaktorer. (Signifikans är markerad.).

	Tvångsvård, någon form		Akut civil tvångsvård	Längre civil tvångsvård	Straffrättslig tvångsvård	Kriminaliserat inne- hav/bruk/missbruk (a)	
	N	%	%	%	%	N	%
Totalt	88	82	28	50	47	86	41
Världsdelen #							
Asien	27	85	15	52	48	25	52
Afrika	12	75	17	33	58	12	50
Europa	30	80	50	63	30	30	30
Nordamerika	6	67	33	33	50	6	33
Sydamerika	9	100	0	33	89	9	56
Oceaniern	4	75	50	50	25	4	0
Statsskick							
Republik	69	80	26	48	46	67	42
Monarki	19	90	37	58	47	19	37
Styrelsesätt							
Auktoritärt	23	83	9	44	61 †	21	67**
Demokrati	65	82	35 *	52	42	65	32
Dominerande religion							
Kristendom	53	81	34	53	47	53	34
Islam	24	88	21	42	50	23	52
Övriga	11	73	18	55	36	10	50
Koloni/dominans efter 1918							
Nej	39	90 †	28	49	64 **	39	49
Ja	49	76	29	51	33	47	34
I så fall av...							
England	32	75	16	47	38	30	43
Sovjetdominans	16	81	69 ***	75 †	19	16	6
Annat/Inget	40	88	23	43	65 **	40	53 **
Rättsinflytande							
Angloamerik.	19	74	26	48	32	19	26
Sharia	13	85	0	31	62 *	12	75***
Sovjetiskt	13	77	69 ***	69 *	15	13	0
Övrigt	43	86	26	51	58	42	56
Dominerande drog							
Cannabis	10	70	20	30	60	10	40
Opiater	57	81	33	53	40	55	42
Stimulantia	21	91	19	52	57	21	38

	N	m (sd)	N	m (sd)	N	m (sd)	N	m (sd)	N	m (sd)
Alkoholkonsumtion / cap.										
Ej förekomst...	14	6,06 (4,71)	49	5,65 (4,38)	34	5,86 (3,95)	42	6,11 (4,52)	45	6,13 (3,86)
Förekomst...	59	5,98 (4,06)	24	6,71 (3,64)	39	6,12 (4,39)	31	5,85 (3,69)	26	6,19 (4,59)
Folkmängd, miljoner inv.										
Ej förekomst...	16	32,3 (41,2)	63	68,4 (197,8)	44	35,1 (44,4)	47	46,3 (143,0)	51	40,8 (56,1)
Förekomst...	72	65,0 (187,5)	25	35,6 (61,5)	44	83,0 (236,3)	41	73,7 (198,7)	35	87,9 (261,8)
HDI										
Ej förekomst...	16	0,71 (0,17)	63	0,74 (0,14)	44	0,75 (0,14)	47	0,76 (0,16)	51	0,76 (0,15)
Förekomst...	72	0,77 (0,13) †	25	0,82 (0,11) **	44	0,78 (0,14)	41	0,76 (0,12)	35	0,76 (0,13)
Medianålder, år										
Ej förekomst...	16	27,0 (8,3)	61	26,4 (7,2)	44	26,5 (6,9)	47	29,6 (8,2) †	51	29,2 (8,0)
Förekomst...	70	28,7 (7,5)	25	33,2 (6,6) ***	42	30,2 (7,9) *	39	26,9 (6,6)	33	27,5 (7,0)
BNP/capita(milj.\$)										
Ej förekomst...	16	5,36 (7,60)	61	7,30 (9,80)	44	5,89 (6,71)	47	9,39(11,71)	51	8,78 (11,80)
Förekomst...	70	8,98 (11,03)†	25	10,76 (12,00)	42	10,61(12,84)*	39	6,99 (8,86)	33	7,60 (8,64)

† :  $p < 0,20$ ; \* :  $p < 0,05$ ; \*\* :  $p < 0,01$ ; \*\*\* :  $p < 0,001$ ; # Kan ej signifikansprövas pga. för få länder i vissa världsdelar; (a) uppgift saknas för två länder.

Multivariata modeller prövades, men redovisas inte här eftersom de i huvudsak endast bekräftade dessa slutsatser.<sup>3</sup> Dessutom finns ett pedagogiskt problem som har att göra med den enorma skillnaden i skalstorlek mellan olika variabler, vilket gör att vissa oddskvoter synes extremt stora och andra extremt små utan att detta korrekt återspeglar faktornas betydelse.

### Förekomst av tvångsvård med särskild etisk problematik

Diskussionen om tvångsvårdens etiska dilemman i Sverige har under senare år i stor utsträckning fokuserat på det paternalistiska draget, dvs. tvångsvård mot beslutskapabla individer för deras egen skull samt socialt preventiva inslag, dvs. tvångsvård mot en individ till skydd för tredje man utan att brott har begåtts. Däremot har tvångsvård som refererar till den enskildes egna uttryckta eller antagna vilja (homeriskt respektive presumerande tvång) inte ansetts lika problematisk (Tännsjö 1994). Internationellt har, som vi sett, fokus i stor utsträckning legat på straffrättsligt tvång, särskilt i de fall då brottet ifråga just varit bruket, missbruket eller innehavet i sig och inte brott riktat mot annan (Porter et al. 1999). I sådana fall utövas ju tvång mot beslutskapabla individer utan att andra personer behöver ha skadats. Här ska de etiskt mer problematiska formerna både inom civilrätt och straffrätt behandlas. Hur vanligt

<sup>3</sup> Se Israelsson (2003).

förekommande är dessa internationellt och hur långa är de maximala vårdtiderna i dessa fall?

Sammanlagt 44 länder (50 %) har paternalistisk eller socialt preventiv grundval för någon civil tvångsvård. För 32 av dessa finns uppgifter om maximal vårdtid. Två har en månad eller kortare, fyra har tre månader. Åtta länder har sex månader. Arton länder har längre tider varierande från nio månader till tre år. Medianen är ett år.

Tjugotre länder (26 %) har straffrättslig tvångsvård som kan utdömas då brottet är bruk, missbruk eller innehav av alkohol eller droger. För 13 av dessa finns uppgifter om maximal vårdtid. Ett land har två veckor och ett annat har sex månader. Övriga 11 länder har längre tider, varierande från 1 till 5 år. Medianen är 5 år utgående från att odefinierad maximal tid kan vara längre än så.

Totalt sett är det 61 länder (69 %) som tillämpar någon av dessa etiskt problematiska former av tvångsvård. För 42 av dessa finns uppgift om maximal vårdtid. Medianen är femton månader. Ett land har två veckor. Ett land har sex månader och alla övriga 40 länder har längre maximal vårdtid för tvångsvård med någon form av problematisk etisk grundval.

Sverige med sina inslag av paternalism och social prevention i LVM hör till den stora majoriteten av länder som har någon etiskt problematisk grundval för sin tvångsvård. Det finns också möjlighet till straffrättslig tvångsvård genom "överlämnande till vård enligt LVM" (BrB kap 31 § 2). Vid tillämpning av lagrummet utgår rätten från rekvisiten i LVM. Tvångsvård på grundval av innehav, bruk eller missbruk på straffrättslig grund utanför LVM ryms ej i svensk lag. I Europa är det 67 procent av länderna som har någon etiskt problematisk form av civil tvångsvård, men bara 10 procent som har den straffrättsliga etiskt problematiska formen. Sammanlagt är det 73 procent som har någon av dessa två. LVM framstår därmed som relativt typisk för europeisk lagstiftning. Jämfört med övriga länder för vilka uppgifter om vårdtider finns har Sverige dock relativt kort maximal vårdtid. Detta gäller även om synfältet begränsas till Europa.

## 5. Diskussion

### Sammanfattning av de viktigaste resultaten

Totalt sätt förekommer någon typ av tvångsvård i de allra flesta länder. I 82 % av de 88 studerade länderna finns någon av de tre typerna av tvångsvård.

Av studiens länder har 28 % lagstiftning som reglerar *akut civil tvångsvård* av substansmissbrukare. Akut tvångsvård regleras oftast i mental hälsovårdslag. Medianvärdet för maximal vårdtidslängd är en månad. Den etiska grundval som är gemensam för dessa länder är det presumerande tvånget som ofta existerar i kombination med både preventivt och paternalistiskt tvång. Analysen visar att högre välfärd (så som det mäts med HDI) eller någon form av tidigare sovjetiskt inflytande förefaller öka chanserna för någon form av akut tvångsvård av missbrukare.

Hälften av studiens länder har lagstiftning som reglerar *längre civil tvångsvård*. Vanligast är att denna regleras i sociallagstiftning. Medianvärdet för maximal vårdtidslängd är ett år. Den etiska grundval som är mest förekommande är den paternalistiska. Preventivt tvång förekommer medan presumerande tvång är ovanligare och homeriskt tvång är sällsynt. Analysen visar att högre HDI eller någon form av tidigare sovjetisk dominans tycks öka sannolikheten för att landet har någon form av längre civil tvångsvård av missbrukare.

Närmare hälften (47 %) har *straffrättslig tvångsvård*. Medianvärdet för den maximala straffrättsliga tvångsvårdens längd är fem år. Analysen visar att hög medianålder och en kolonial historia förefaller minska sannolikheten för ett land har någon form av straffrättslig tvångsvård; ett auktoritärt styrelseskick tycks ha en motsatt effekt.

### Samband mellan tvångsvård och olika länderfaktorer

Studien finner inga starka samband mellan länderfaktorer och generell förekomst av tvångsvård oavsett typ. I något högre grad finns dock tvångsvård i rikare länder med högre HDI-värde. Men det förefaller som om det kan finnas olika logiker bakom de olika typerna av tvångsvård och för dessa separat kan tydligare samband med länderfaktorer påvisas.

Den minst vanliga formen, akut tvångsvård, regleras främst i mental hälsovårdslag och har en presumerande etisk grundval. Av

detta följer att det är ett behov av vård hos en beslutsinkapabel person som huvudsakligen styr den akuta tvångsvården. Eftersom den främst förekommer i demokratiska länder med högre HDI och högre medianålder och i f.d. sovjetdominerade länder är det möjligt att tolka detta som en del av en välfärdslogik.

Den längre civila tvångsvården regleras vanligtvis i sociallagstiftning och har paternalistisk men också ofta en preventiv etisk grundval. Det är alltså vårdbehovet hos beslutskapabla individer men också ett farlighetskriterium som styr den längre civila tvångsvården. Denna form är vanligare, vilket möjligen kan bero på att det både finns välfärdsaspekter och samhällsskydd i denna logik. Längre civil tvångsvård förekommer dels i länder med starkare ekonomier, dels i länder som stått under sovjetiskt inflytande. Längre rehabilitering av personer med låg motivation är kostsam och i länder med knappa ekonomier har man möjligen inte velat satsa på detta, utom i sovjetdominerade stater där den av tradition innehöll stark tonvikt på arbetsdrift.

Straffrättslig tvångsvård är också vanlig, men skiljer sig tydligt från de båda formerna av civil tvångsvård. I någon utsträckning finns motsatta tendenser. Länder med ung medianålder som varken har haft angloamerikanskt eller sovjetiskt rättsinflytande har i högre utsträckning den straffrättsliga modellen, medan däremot sharia-inflytande och auktoritärt styre ökar möjligheten för straffrättslig modell.

Kriminaliserat bruk/missbruk/innehav tycks i detta sammanhang delvis följa samma mönster som straffrättslig tvångsvård. På samma sätt väljs kriminalisering av auktoritära länder vars rättsordning står under inflytande av sharia, medan de som följt en angloamerikansk eller sovjetisk rättstradition valt bort detta.

## Internationell anpassning

WHO presenterade redan 1967 policy och program för prevention och behandling av beroende av alkohol och droger. WHO rekommenderade medlemsländerna att betrakta substansmissbrukare som sjuka och i behov av medicinsk vård och rehabilitering. Detta bröt med den tidigare dominerande ståndpunkten att bruk eller missbruk av en substans skall betraktas som en kriminell handling och regleras av strafflag. I översiktsstudien nästan 20 år senare (Porter, Arif & Curran 1986) som omfattade 43 länder och territorier fann



man att medlemsländerna uppvisade stora skillnader i vilken lagstiftning som användes för att bereda både frivillig- och tvångsvård för substansmissbrukare. Av de 27 länder som då angav att de hade någon form av tvångsvård förekom straffrättslig tvångsvård i 14 länder.

Förenta Nationernas generalförsamlings ambition 1990 att koordinera de internationella aktiviteterna rörande missbruk av narkotika presenterades i publikationen *Political declaration and global program of action for international cooperation in the control of drug abuse and illicit trafficking in narcotic drugs and psychotropic substances*. Där presenterade man bland annat riktlinjer och rekommendationer för utveckling av ländernas lagstiftning på området.

FN:s och WHO:s publikationer uttrycker en ambition från organisationerna och medlemsländerna att internationellt förändra synen på missbruk och lagstiftning som reglerar vården av missbrukarna, utifrån nya kunskaper och rön. Vi kan i denna studie se att rekommendationen från 1967 tycks ha haft varierande genomslag i olika länder. Utvecklade länder med starkare ekonomier och högre välfärd har i högre utsträckning följt med. Mindre utvecklade länder som också ofta har ung medianålder har i högre utsträckning hållit fast vid straffrättsligt tvång, men påverkan av engelsk och sovjetisk rätt minskar sannolikheten för detta. En förklaring till det senare kan vara att om man tagit över den forna kolonialmaktens reformer präglas man av denna. Om så inte är fallet har man kanske inte prioriterat dessa frågor i lagstiftningsarbetet. Man kan också fråga sig om vissa av dessa länder tagit intryck av och hjälp från WHO i sitt lagstiftningsarbete. Den "civila" tvångsvården tycks däremot vara en del av välfärdsprojekten i mer utvecklade länder, även om det härvidlag finns skillnader mellan å ena sidan akuta medicinska och å andra sidan längre (och ibland dyrare) rehabiliterande insatser.

Sveriges position när det gäller lag om tvångsvård tycks följa vad som gäller många andra länder, särskilt sådana som har samma utveckling och tradition i stort. Däremot kan det tyckas märkligt att Sverige har kriminaliserat innehav av droger även för eget bruk, vilket i detta avseende för oss i sällskap med auktoritära länder med helt annan rättstradition. Frågan är om detta är förenligt med WHO:s rekommendation.

## Referenser

- Agevall, Lena & Klasson, Torgny (2000 red). *Demokrati i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Dogan, Mattei & Pelassy, Dominique (1984). *How to compare nations: strategies in comparative politics*. New Jersey: Chathan house publishers.
- Gerdner, Arne (1998). *Compulsory treatment for alcohol use disorders – clinical and methodological studies of treatment outcome*. Akademisk avhandling. Lunds universitet: Avdelningen för klinisk alkoholforskning.
- Gustafsson, Ewa (2001). *Missbrukare i rättsstaten – en rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare*. Akademisk avhandling. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Held, David (1996). *Demokratimodeller: Från klassisk demokrati till demokratisk autonomi*. Göteborg: Daidalos.
- Hofstede, Geert (1984). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. London: SAGE publications.
- Israelsson, Magnus (2003). *Tvång – Lag – Etik: Internationell utblick och komparativ analys av lagstiftning gällande tvångsvård av substansmissbrukare*. Östersund: Institutionen för socialt arbete, Mitthögskolan (C-uppsats).
- Madriddeklarationen 1996. I: Wistedt, Börje (1998). *Tvångsvård – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Svensk Psykiatri.
- Porter, Lane, Arif, Awni E. & Curran, William J. (1986). *The law and the treatment of drug and alcohol-dependent persons – a comparative study of existing legislation*. Geneva: World Health Organization.
- Porter, Lane, Argandoña, Mario & Curran William J. (1999). *Drug and alcohol dependence policies, legislation and programmes for treatment and rehabilitation*. Geneva: Substance abuse department, social change and mental health, World Health Organization.
- Riksdagens Revisorer (2003). *Med tvång och god vilja – vad gör Statens institutionsstyrelse?* 2002/03:RR9.
- The Europe World Yearbook 2000*, 41: edition. Surrey: Unwin brothers Ltd.
- Turner, Barry (2003, red.). *The Statesman's yearbook – the politics, cultures and economies of the world*. Bath: Palgrave Macmillan Ltd.

- Tännsjö, Torbjörn (1994). *Tvång i vården*. Stockholm: Thales.
- United Nations International Drug Control Programme (UNDCP) (2002). *Global illicit drug trends 2002*. Vienna: The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).
- The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2002). *World situation with regard to drug abuse, in particular the spread of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) through drug injection*. Vienna: UNODC.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP) (2001). *World drug report 2000*. Vienna: UNODCCP.
- WHO (1999). *Global Status Report on Alcohol*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2001). *Non-voluntary treatment of alcohol and drug dependence – a European perspective*, Report of the meeting in Moscow, Russia 22–23 April 1999. Copenhagen: World Health Organization, WHO:s regional office for Europe.

### Otryckta källor

Nationalencyklopedien multimedia 2000 plus. (2000). CD-rom. Höganäs: Bra böcker AB  
 Central Intelligence Agency  
*The World fact book 2002*.  
<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html>  
 Besökt under maj 2003.

United Nations population division  
*World population prospects: The 2002 revision population database*.  
<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>  
 Besökt under maj 2003.

World Health Organization  
*Countries information*  
<http://www.who.int/country/en/>  
 Besökt under maj 2003.

## Förteckning över undersökta länder och delstater

<i>Afrika</i>	<i>Asien</i>	<i>Europa</i>	<i>Nordamerika</i>	<i>Oceanien</i>	<i>Sydamerika</i>
Egypten	Afghanistan	Armenien	Belize	Australien	Argentina
Kenya	Bahrain	Azerbajjan	Costa Rica	Nya Zeeland	Bolivia
Madagaskar	Bangladesh	Cypern	Kanada	Papua nya Guinea	Brasilien
Mauritius	Filipinerna	Danmark	Mexico	Tonga	Chile
Nigeria	Förenade Arabemiraten	Finland	Trinidad/- Tobago		Colombia
Senegal	Indien	Frankrike	USA		Ecuador
Seychellerna	Indonesien	Georgien			Paraguay
Somalia	Irak	Grekland			Peru
Sydafrika	Iran	Irland			Venezuela
Tunisien	Israel	Italien			
Zambia	Japan	Lettland			
Zimbabwe	Jordanien	Litauen			
	Kazakstan	Malta			
	Kina	Moldavien			
	Kuwait	Norge			
	Kyrgyzstan	Polen			
	Malaysia	Portugal			
	Myanmar	Ryssland			
	Pakistan	San Marino			
	Qatar	Schweiz			
	Singapore	Slovakien			
	Sri Lanka	Spanien			
	Tajikistan	Storbritannien			
	Thailand	Sverige			
	Turkiet	Tjeckien			
	Uzbekistan	Tyskland			
	Vietnam	Ukraina			
		Ungern			
		Vitryssland			
		Österrike			

DELSTATER i studien som studerats vid sidan om federal lag

Australien: New South Wales  
Australien: Queensland  
Indien: Bihar  
Kina: Hong Kong  
Kina: Macao  
Kanada: British Columbia  
Kanada: Nova Scotia  
Kanada: Prince Edwards Island  
Schweiz: Genève  
Spanien: Katalonien  
Tyskland: Bayern  
USA: Connecticut

## Tabell A, B, C och D

Tabell A. Översikt över länder och deras olika karaktäristika.

Land	Världsdel	Styrelseform	Dominerande religion	Koloni/dominans efter 1918	Rätts-inflytande	Invånare (miljoner)	Ålder (median)	HDI	BNP
Afghanistan	Republik	Auktoritärt	Islam sunni	England	Sharia	22	18,1	0,49	-----
Argentina	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen		Spanien	37	27,9	0,84	7220
Armenien	Republik	Demokratiskt	Ortodox kristen	Sovjet	Sovjet	30,7	30,7	0,75	660
Australien	Monarki	Demokratiskt	Kristendom	England	England	35,2	35,2	0,94	17500
Azerbajjan	Republik	Demokratiskt	Islam shia	Sovjet	Sovjet	8	25,6	0,74	730
Bahrain	Monarki	Auktoritärt	Islam shia		Sharia	0,64	26,9	0,83	7500
Bangladesh	Republik	Demokratiskt	Islam sunni	England	Sharia	137	20	0,48	220
Belize	Monarki	Demokratiskt	Katolsk kristen	England	England	0,24	19,8	0,78	2700
Bolivia	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen			8	20,1	0,65	830
Brasilien	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen		Portugal	165	25,4	0,76	4400
Chile	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen		Frankrike	15	28,3	0,83	4860
Colombia	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen			38	24	0,77	2280
Costa Rica	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen			3,6	24,5	0,82	2400
Cypern	Republik	Demokratiskt	Ortodox kristen	England	England	0,75	33,4	0,88	13720
Danmark	Monarki	Demokratiskt	Kristendom			5,3	38,7	0,93	32500
Ecuador	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen		Spanien	12	22,7	0,73	1590
Egypten	Republik	Auktoritärt	Islam sunni	England	Sharia	65,7	21,3	0,64	1080
Filippinerna	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen		Spanien	72,2	20,9	0,75	1160
Finland	Republik	Demokratiskt	Kristendom			5,2	39,4	0,93	24080
Frankrike	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen			58,8	37,6	0,93	24990
F. Ar Emiraten	Monarki	Auktoritärt	Islam sunni	England	Sharia	2,4	29,6	0,81	21420
Georgien	Republik	Demokratiskt	Islam sunni	Sovjet	Sovjet	5,4	34,8	0,75	850
Grekland	Republik	Demokratiskt	Ortodox kristen			10,6	39,1	0,89	11460
Indien	Republik	Demokratiskt	Hinduism	England	England	976	23,4	0,58	380
Indonesien	Republik	Auktoritärt	Islam sunni	Holland	Holland	206,5	24,6	0,68	1150
Irak	Republik	Auktoritärt	Islam shia	England	Sharia	21,8	18,7	0,70	882
Iran	Republik	Auktoritärt	Islam shia	England	Sharia	73,1	20,6	0,72	2230
Irland	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen	England	England	3,6	31,6	0,93	18280
Israel	Republik	Demokratiskt	Judendom		England	3,6	27,9	0,90	15870
Italien	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen			57,2	40,2	0,91	19880
Japan	Monarki	Demokratiskt	Shinto		Tyskland	126	41,3	0,93	36970
Jordanien	Monarki	Auktoritärt	Islam sunni	England	Sharia	6	20,1	0,72	1650
Kanada	Monarki	Demokratiskt	Kristendom	England	England	31	36,9	0,94	19020
Kazakstan	Republik	Demokratiskt	Islam sunni	Sovjet	Sovjet	17	27,9	0,75	1350
Kenya	Republik	Demokratiskt	Kristendom	England	England	29	17,7	0,51	320
Kina	Republik	Auktoritärt	Kommunism mm			1255	30	0,73	750
Kuwait	Monarki	Auktoritärt	Islam sunni	England	Sharia	1,8	28,6	0,81	17390
Kyrgyzstan	Republik	Demokratiskt	Islam sunni	Sovjet	Sovjet	4,5	23,2	0,71	550
Letland	Republik	Demokratiskt	Kristendom	Sovjet	Sovjet	2,4	37,8	0,80	2200
Litauen	Republik	Demokratiskt	Kristendom	Sovjet	Sovjet	3,7	36	0,81	2230
Madagaskar	Republik	Demokratiskt	Inhemska	Frankrike	Frankrike	16,3	17,5	0,47	250

Malaysia	Monarki	Demokratiskt	Islam sunni	England	England	21,5	23,6	0,78	4680
Malta	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen	England	Frankrike	0,38	36,5	0,88	8630
Mauritius	Republik	Demokratiskt	Hinduism	England	Frankrike	1,2	28,9	0,77	3710
Mexico	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen		Frankrike	98,5	22,9	0,80	3670
Moldavien	Republik	Demokratiskt	Ortodox kristen	Sovjet	Sovjet	4,5	31,7	0,70	590
Myanmar	Republik	Auktoritärt	Buddism	England	England	49,6	23,4	0,55	2610
Nigeria	Republik	Auktoritärt	Islam sunni	England	England	121,8	17,3	0,46	240
Norge	Monarki	Demokratiskt	Kristendom			4,4	37,2	0,94	36100
Nya Zeeland	Monarki	Demokratiskt	Kristendom	England	England	3,7	34,5	0,92	16800
Pakistan	Republik	Auktoritärt	Islam sunni	England	Sharia	147,8	18,8	0,50	480
Papua Nya-Guinea	Monarki	Demokratiskt	Kristendom	England	England	4,6	19,1	0,54	1150
Paraguay	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen			5,3	19,7	0,74	1850
Peru	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen			26,1	22,7	0,75	2420
Polen	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen	Sovjet inf.		38,7	35,2	0,83	3230
Portugal	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen			9,8	37	0,88	10160
Qatar	Monarki	Auktoritärt	Islam sunni		Sharia	0,7	31	0,80	14540
Ryssland	Republik	Demokratiskt	Ortodox kristen		Sovjet	146,3	36,8	0,78	2740
San Marino	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen			0,02	-----		0,91
Schweiz	Republik	Demokratiskt	Kristendom			7,3	40,2	0,93	44350
Senegal	Republik	Demokratiskt	Islam sunni	Frankrike	Sharia	9,0	17,6	0,43	570
Seychellerna	Republik	Auktoritärt	Katolsk kristen	England	England	0,08	-----	0,81	6880
Singapore	Republik	Demokratiskt	Konfucianism mfl kinesiska	England	England	3,5	34,5	0,89	26730
Slovakien	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen	Sovjet inf.		5,4	34	0,84	3700
Somalia	Republik	Auktoritärt	Islam sunni	England	Sharia	10,7	16	0,33	105
Spanien	Monarki	Demokratiskt	Katolsk kristen			39,8	37,4	0,91	14490
Sri Lanka	Republik	Auktoritärt	Buddism	England	Holland	18,5	29,1	0,74	14800
Storbritannien	Monarki	Demokratiskt	Kristendom			58,2	37,7	0,94	18340
Sverige	Monarki	Demokratiskt	Kristendom			8,8	39,6	0,94	25710
Sydafrika	Republik	Demokratiskt	Kristendom	England	Holland	44,3	22,6	0,70	3520
Tajikistan	Republik	Demokratiskt	Islam sunni	Sovjet	Sovjet	6,2	19,9	0,67	330
Thailand	Monarki	Demokratiskt	Buddism		Frankrike	61,5	27,5	0,76	2740
Tjeckien	Republik	Demokratiskt	Kristendom	Sovjet inf.		10,2	37,6	0,85	4740
Tonga	Monarki	Auktoritärt	Kristendom	England	England	0,1	20,3	0,53	1790
Trinidad & Tobago	Republik	Demokratiskt	Kristendom	England	England	1,1	27,6	0,81	3870
Tunisien	Republik	Auktoritärt	Islam sunni	Frankrike	Frankrike	9,5	24,4	0,72	1930
Turkiet	Republik	Demokratiskt	Islam sunni		Schweiz	63,8	24,2	0,74	1830
Tyskland	Republik	Demokratiskt	Kristendom			82	39,9	0,93	28870
Ukraina	Republik	Demokratiskt	Ortodox kristen	Sovjet	Sovjet	51,2	37,3	0,75	1200
Ungern	Republik	Demokratiskt	Kristendom	Sovjet inf.		9,9	38,1	0,84	4120
USA	Republik	Demokratiskt	Kristendom		England	274	35,2	0,94	29080
Uzbekistan	Republik	Auktoritärt	Islam sunni	Sovjet	Sovjet	24,1	21,5	0,73	1010
Venezuela	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen			23,2	23,1	0,77	3020
Vietnam	Republik	Auktoritärt	Buddism	Frankrike	Sovjet	77,9	23,1	0,69	290
Vitryssland	Republik	Auktoritärt	Ortodox kristen	Sovjet	Sovjet	10,3	36,5	0,79	2150
Zambia	Republik	Demokratiskt	Kristendom	England	England	8,7	16,7	0,43	360
Zimbabwe	Republik	Auktoritärt	Kristendom	England	Holland	11,9	17,5	0,55	610
Österrike	Republik	Demokratiskt	Katolsk kristen			8,2	38,3	0,93	28110

Tabell B. Länder i vilka det finns lagstiftning som reglerar civil akut tvångsvård.

Land	Typ av lag	Beskrivning, rekvisit, grunder	Antal timmar		Beslutsinstans	Etisk grundval			
			Min	Max		Homeriskt	Paternalistiskt	Presumerande	Preventivt
Armenien	Mental	Psykos, behov av vård, fara för sig själv eller andra.	720	4320	Hälsoadministrativt	Nej	Ja	Ja	Ja
Australien	Mental	Berusad och desorienterad person pga alkohol/drogbruk.	8	96	Hälsoadministrativt	Nej	Nej	Ja	Nej
N. S. Wales									
Azerbajjan	Mental	Alkohol eller drogrelaterad psykos. Omhändertagen till förbättrad.	24	Odef	Hälsoadministrativt	Nej	Nej	Ja	Nej
Finland	Mental	Person som pga drog/alkoholbruk är i behov av omedelbar medicinsk tillsyn eller är farlig för sig själv och andra.	Ej uppg	120	Hälsoadministrativt	Nej	Ja	Ja	Ja
Georgien	Mental	Berusning, psykos, fara för sig själv eller andra, störande av allmän ordning pga alkohol/drog påverkan i offentlig miljö	Ej uppg	Ej uppg	Samtliga instanser	Nej	Ja	Ja	Ja
Grekland	Social	Lagen ger rätt att labtesta och medicinskt undersöka person som misstänks vara drogberoende. Uppvisande av akuta symptom ska leda till avgiftning vid särskilt center.	Ej uppg	Ej uppg	Domstol	Nej	Nej	Ja	Nej
Japan	Mental	Drogberoende person eller misstanke om detta, och är en fara för sig själv eller annan, eller har drogrelaterad psykos, kan få undergå psykiatrisk undersökning. Finns beroende kan personen behandlas i max 30 dagar.	Ej uppg	720	Statsadministrativt	Nej	Ja	Ja	Ja
Kanada	Social	Person som på offentlig plats är intoxifierad av alkohol/narkotika får av polis omhändertas för tillnyktring eller föras till sjukhus för vård om behov finnes. Tvångsvård bereds om personen är en fara för sig själv	Ej uppg	336	Hälsoadministrativt	Nej	Nej	Ja	Nej
P. Edw. Isl									
Kenya	Mental	Alkohol/drog relaterad störning eller farlig för sig själv eller andra.	Ej uppg	72	Hälsoadministrativt	Nej	Ja	Ja	Ja
Kyrgyzstan	Mental	Akut alkohol/drog relaterad psykos och fara för sig själv och annan.	Odef	4320	Hälsoadministrativt	Nej	Ja	Ja	Ja
Litauen	Mental	Allvarlig berusning, psykos, mental desorientering, fara för sig själv och andra, oförmåga, kan vårdas vid sjukhus	72	720	Hälsoadministrativt	Nej	Ja	Ja	Ja
Mauritius	Mental	Allvarlig alkoholrelaterad psykos mm behandlas vid psykiatriskt sjukhus.	Ej uppg	Ej uppg	Hälsoadministrativt	Nej	Nej	Ja	Nej
Moldavien	Social	Alkohol/drog relaterad psykos, mental el fysisk hälsoför-sämring, fara för sig själv eller andra, oförmåga pga av berusning, störande av allmän ordning.	240	4320	Hälsoadministrativt	Nej	Ja	Ja	Ja
Norge	Mental	Undersökning av mental status om person är oförmögen att söka vård själv eller lider av allvarlig psykisk störning och kan vara i behov av vård. Undersökning får ske i tre veckor, samt beredande av eventuell fortsatt vård.	Ej uppg	504	Hälsoadministrativt	Nej	Nej	Ja	Nej
Nya Zeeland	Mental	Berusad person på allmän plats kan av polis föras till sitt hem, polisstation men om behov finns skall personen föras till avgiftningscentra.	Ej uppg	12	Statsadministrativt	Nej	Nej	Ja	Nej
Polen	Mental	Av alkohol/droger orsakad psykos och fara för sig själv och andra.	Ej uppg	Ej uppg	Hälsoadministrativt	Nej	Ja	Ja	Ja

Portugal	Social	I akuta fall kan rätten provisoriskt döma till tvångsvård om personen blivit medicinskt undersökt och hörts med assistans av jur. rådgivare.	Ej uppg	4320	Domstol	Nej	Nej	Ja	Nej
Ryssland	Mental	Alkohol och drogrelaterad psykos allvarlig drog/alkohol berusning och fara för sig själv och andra.	Ej uppg	24	Hälso-administrativt	Nej	Ja	Ja	Ja
Storbritt. (Eng, Wales)	Mental	Person som enbart är missbrukare av alkohol/narkotika kan inte beredas tvångsvård. Men det är tillåtet att omhänderta person som är beroende och därför lider av psykisk störning om alla möjligheter är uttömda.	Ej uppg	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Nej	Ja	Nej
Sverige	Social	Person på offentlig plats som är berusad av alkohol/droger kan omhändertas av polis om hans tillstånd gör honom oförmögen att ta hand om sig själv eller är farlig för sig själv eller andra. Personen kan läggas in på sjukhus om nödvändigt.	Ej uppg	8	Statsadministrativt	Nej	Ja	Ja	Ja
Tajikistan	Mental	Alkohol/drogrelaterad psykos, fara för sig själv och andra, störande av allmän ordning	240	720	Hälso-administrativt	Nej	Ja	Ja	Ja
Tjeckien	Mental	Person som är farlig för sig själv eller andra på grund av mental störning orsakad av alkohol/drog relaterad psykos.	Ej uppg	Ej uppg	Hälso-administrativt	Nej	Ja	Ja	Ja
USA Connecticut	Social	Person som pga av berusning är oförmögen att förstå och ta rationella beslut och är i behov av hjälp eller är farlig för sig själv eller andra och i behov av vård	48	120	Statsadministrativt	Nej	Ja	Ja	Ja
Uzbekistan	Mental	Alkohol/drogrelaterad psykos och fara för sig själv och andra	Ej uppg	2160	Hälso-administrativt	Nej	Ja	Ja	Ja
Vitryssland	Social	Alkohol/narkotikarelaterad psykos, drog intox, fara för sig själv och andra.	24	720	Hälso-administrativt	Nej	Ja	Ja	Ja



Tabell C. Länder i vilka det finns lagstiftning som reglerar längre eller rehabiliterande former av civil tvångsvård (a).

Land	Typ av lag	Beskrivning, rekvisit, grunder	Antal dagar		Beslutsinstans	Möjlighet att överklaga	Etisk grundval			
			Min	Max			Home-riskt	Paternalistiskt	Presumerande	Preventivt
Armenien	Straff	Fara för sig själv eller andra, vägran att ingå behandling, misslyckad tidigare behandling. Max ålder 70.	30	730	Domstol	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Bangladesh	Social	Person som ofta befinner sig i abnormt tillstånd pga narkotikaberoende och vård är oundvikligt, eller vägran att inställa sig för behandling kan ges tvångsvård vid statliga sjukhus, hälsocentra eller fängelsesjukhus.	Ej uppgr	Ej uppgr	Domstol	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Bolivia	Social	Brukare av controlled substances som efter undersökning visas vara drogberoende kan beredas tvångsvård vid statlig el. privat institution Samt om farlig för sig själv eller anses benägen att begå brott	Odef	Odef	Domstol	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Danmark	Social	P. som via kontrakt valt frivillig behandling och det finns anledning att tro att han skall avvika får kvarhållas om: det finns påtaglig risk att hans förbättrande allvarligt skadas eller om personen är påtagligt farlig för sig själv/annan	Ej uppgr	180	Statsadm.	Ej uppgr	Ja	Ja	Nej	Ja
Ecuador	Social	Personer med drogberoende kan undersökas och behandlas med tvångsåtgärder	Ej uppgr	Ej uppgr	Ej uppgr	Ej uppgr	Nej	Ja	Nej	Nej
Finland	Social	Socialarbetare ges möjlighet att ansöka om tvångsvård för missbrukare som är farlig för sig själv.	Ej uppgr	30	Domstol	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Georgien	Ment.	Störande av allmän ordning av alkohol/drogberoende P. ger tvångsvård, men gäller ej enbart beroende.	180	360	Samtliga	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Indien Federalt	Ment.	Statliga och centrala myndigheter kan förordna om tvångsvård vid psykiatriskt sjukhus för mentalt sjuka personer. Gäller även alkohol/drogberoende personer som utvecklat personlighetsförändringar.	Ej uppgr	Ej uppgr	Hälso-& Statsadm.	Ej uppgr	Nej	Nej	Ja	Nej
Indonesien	Social	Drogberoende myndig eller omyndig person kan vårdas vid Rehab-klinik.	Ej uppgr	Ej uppgr	Statsadm.	Ej uppgr	Nej	Ja	Nej	Nej
Irak	Ment.	Drogberoende person som har mentala eller fysiska symptom, raserad ekonomi eller i behov av vård.	30	90	Ej uppgr	Ej uppgr	Nej	Ja	Nej	Nej
Irland	Ment.	Person som behöver tvångsvård i max 6 mån för tillfrisknande, missbrukare av droger, berusning eller annat perverterat beteende som antingen är farlig för sig själv eller andra eller löper risk för mental skada.	Ej uppgr	180	Hälsoadm.	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Japan	Ment.	Drogberoende P. eller misstanke om detta, och han är farlig för sig själv el. andra, eller har drogrelaterad psykos kan få undergå psykiatrisk undersökning. Finns beroende kan tvångsvård beredas.	30	90	Statsadm	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Kanada Br.Columbia	Social	Narkotikaberoende person som är i behov av vård. Vägran att mottaga frivillig vård och om behov finns skall rätten bereda tvångsvård samt övervakning upp till 3 år.	180	180	Domstol	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Kanada Pr. Edw. Isl.	Social	Om den omhändertagne är kronisk alkoholist eller drogberoende och det ej anses troligt att han vill genomföra behandling frivilligt, döms han till tvångsvård.	Ej uppgr	180	Domstol	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Kenya	Ment.	Person som lider av alkohol/drog relaterad störning och som troligen behöver vård vid psykiatriskt sjukhus men som för tillfället ej är i	180	360	Hälsoadm	Ej uppgr	Nej	Nej	Ja	Nej

Kina Hong Kong	Social	stånd att ta beslut om han vill ha vård eller ej. Person som pga missbruk av droger eller berusningsmedel är farlig för sig själv eller andra, eller oförmögen att klara ett normalt liv el. löper påtaglig risk att drabbas av fysisk/psykisk störning. Försäkran om att bli kvarhållen lämnas. Vuxen 6 mån, ej 18 år 12 mån.	Ej uppg	180	Hälsoadm	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Kuwait	Social	Drogberoende person kan tvångsvårdas vid sjukhus.	Ej uppg	Ej uppg	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Ja	Nej	Nej
Kyrgyzstan	Social	På släktings inrådan kan domstol bereda tvångsvård för missbrukare som stör allmän ordning. För alkoholister max 1-2 mån, drogberoende max 12 mån.	30	360	Domstol	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Litauen	Social	Störande av allmän ordning, upprepad bilkörning i påverkat tillstånd eller vägran att genomgå frivillig vård, kan av domstol dömas till tvångsvård för sociopsykologisk rehabilitering.	180	270	Domstol	Ej uppg	Nej	Ja	Nej	Nej
Malaysia	Social	Person som misstänks vara drogberoende och domstol efter undersökning finner detta, kan rätten döma till tvångsvård vid institution under 2 år samt eftervård. Eller frivård och övervakning i minst 2 år max 3år.	Odef	720	Domstol	Ej uppg	Nej	Ja	Nej	Nej
Moldavien	Social	Fara egen eller anhörigas hälsa, störande av allmän ordning, vägran att ingå vård eller misslyckad sådan.	Ej uppg	180	Domstol	Ej uppg	Nej	Ja	Nej	Ja
Norge	Social	Person som utsätter sin psykiska/fysiska hälsa för fara genom omfattande och långvarigt missbruk och hjälp ej kan ges på annat sätt. Är personen frivilligt placerad kan han efter eget godkännande kvarhållas mot sin vilja vid tre tillfällen under perioden. tvångsvård för undersökning i max 3 veckor.	Ej uppg	90	Statsadm	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Nya Zeeland	Ment.	Alkoholist (droger/alkohol) som stadigvarande i övermått är hängiven åt alkohol och sannolikt kommer att skada hälsan, lidande eller är en påtaglig störning för andra eller ej kan ta hand om sig själv.	Ej uppg	720	Domstol	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Peru	Social	Drogberoende person som efter undersökning befinns lida av patologiskt psykiskt eller medicinskt tillstånd, kan om inte personen själv söker vård dömas av domstol till tvångsvård.	Ej uppg	Ej uppg	Domstol	Ej uppg	Nej	Ja	Ja	Nej
Polen	Social	Alkoholberoende, fara för signifikanta andra, störande av allmän ordning, avvikelse från arbete, familjeproblem, demoralisering av barn. Endast underåriga omhändertars för tvångsvård för drogmissbruk.	90	720	Domstol	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Portugal	Social	Drogberoende person som vägrar att genomgå vård eller utan godtagbar anledning avbryter pågående frivillig behandling kan dömas till tvångsvård.	180	360	Domstol	Ej uppg	Nej	Ja	Nej	Nej
Schweiz Fed.	Social	Drogberoende och farlig för andra, Cantonerna kan då besluta om avgiftning/behandling vid sjukhus.	Ej uppg	Ej uppg	Statsadm.	Ej uppg	Nej	Nej	Nej	Ja
Schw Geneve	Social	Tvångsvård kan beredas person vars vård ej kan täckas av socialtjänsten eller om han vägrar att ingå frivillig vård.	Ej uppg	Ej uppg	Domstol	Ej uppg	Nej	Ja	Nej	Nej
Singapore	Social	Misstanke om drogberoende och personen efter undersökning befinns vara i behov av vård kan avgiftas i max 7 dagar om personen är under 55 år. Rehabtiden 6 mån kan förlängas till 3 år.	7	1080	Statsadm	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Somalia	Ment.	Allvarlig mental störning orsakad av vanemässigt otillbörligt användande av narkotika och om P är en fara för sig själv och andra, kan polis eller annan myndighet omhändertars honom för tvångsvård.	Ej uppg	Ej uppg	Statsadm	Ej uppg	Nej	Ja	Ja	Ja
Span. Katalo	Social	Drogberoende person kan få undergå avgiftning vid specialistsjukhus antingen som inlagd eller i öppenvård.	Ej uppg	Ej uppg	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Ja	Nej	Nej

Sri Lanka	Ej ug.	Tvångsvård kan komma ifråga för missbrukare om nödvändigt.	Ej uppg	Ej uppg	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Ja	Nej	Nej
Sverige	Social	Pga fortgående missbruk av alkohol/narkotika eller lösningsmedel och är i behov av vård för att bryta missbruket och vård ej kan ges på annat sätt, och löper risk att allvarligt skada sin fysiska eller mentala hälsa, är en påtaglig fara för sig själv el närstående.	90	180	Domstol	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Sydafrika	Social	Drogberoende P. som slösar med sina resurser, skadar sin hälsa, stör friden, eller på annat sätt skadar sin/familjens välfärd, eller misslyckas med att sörja för sig själv eller närstående, kan efter medicinsk undersökning beredas tvångsvård.	Odef	Odef	Domstol	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Tajikistan	Ment.	Drogberoende person som stör allmän ordning eller vägrar att ingå frivillig vård.	180	360	Domstol	Ej uppg	Nej	Ja	Nej	Nej
Thailand	Social	Person som är beroende av psykotropiska substanser och vägrar genomgå frivillig vård, kan beredas tvångsvård.	Ej uppg	90	Statsadm	Ej uppg	Nej	Ja	Nej	Nej
Tjeckien	Social	Drogberoende person vars hälsa är i behov av vård, eller vägran att ingå vård. tvångsvård får endast beslutas om det finns anledning att tro att personen kan förbättras och beroendet inte verkar vara permanent.	Ej uppg	Ej uppg	Domstol	Ej uppg	Nej	Ja	Nej	Nej
Tonga	Ment.	Person som lider av allvarlig psykisk störning pga alkohol/drogberoende så han ej kan kontrollera sig själv eller är en fara för annan.	28	720	Domstol	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Tyskland Bayern	Ment.	Person som är psykisk sjuk eller lider av psykisk störning pga av mentala brister eller missbruk och därför är en fara för allmänheten eller för sig själv kan hospitaliseras för kurativ behandling.	Ej uppg	180	Statsadm.	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Ukraina	Ment.	tvångsvård av kroniska alkoholister är möjlig.	Ej uppg	Ej uppg	Hälsoadm	Ej uppg	Nej	Ja	Nej	Nej
Ungern	Social	Alkohol/drogberoende personer kan beredas tvångsvård om nödvändigt för beteende mot familj och omgivning.	Ej uppg	Ej uppg	Statsadm	Ej uppg	Nej	Nej	Nej	Ja
USA Federalt	Social	Drogberoende person som ej är åtalad för brott och som sätter allmänhetens moral, hälsa, säkerhet eller välfärd i fara och har tappat självkontrollen pga missbruk kan beredas tvångsvård samt eftervård upp till 3 år.	Ej uppg	180	Domstol	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
USA Connet.	Social	Drog/alkoholberoende person som är farlig för sig själv eller andra, eller allvarligt oförmögen.	30	180	Domstol	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Uzbekistan	Social	Störande av allmän ordning av alkohol/drogpåverkad person	90	540	Domstol	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Vitryssland	Social	Person 18-60 år, fara för välfärd och hälsa för signifikanta andra och störande av allmän ordning.	360	720	Domstol	Ej uppg	Nej	Nej	Nej	Ja
Zimbabwe	Ment.	Patient som är psykiskt störd eller efterbliven och drinkare (alkoholist) kan beredas tvångsvård vid inst. om läkare påvisar att vård är nödvändigt för patientens hälsa/säkerhet eller till skydd för andra.	50	Odef	Domstol	Ej uppg	Nej	Ja	Ja	Ja
Österrike	Social	Person som pga missbruk av narkotika behöver medicinsk behandling. Behandlingen består av avgiftning eller hälsoövervakning under så lång tid som behövs.	Odef	Odef	Statsadm	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej

(a) Från följande länder saknades uppgift om längre civil tvångsvård: Kazakstan, Lettland, Madagaskar, Vietnam, Zambia,

Tabell D. Länder med lagstiftning som reglerar tvångsvård för missbruk *eller* annan vård av straffrättslig karaktär för bruk, missbruk eller innehav. [Endast länder/delstater som har någon form av straffrättslig åtgärd mot bruk/missbruk/innehav är medtagna (a).]

Land	Straff- rätts- lig tvångs vård	Beskrivning, rekvisit, grunder	Lagen gäller för...		Antal månader i vård		Form för straff- rättslig tvångs- vård		Form för annan straffrättslig vård	
			innehav, bruk el. missbruk	påföljd för annat brott	Min	Max	Dom om tvångs- vård	Home- risk	Vård under verkstäl- lighet	Form av kontrakts- vård
Afganistan	Ja	Person med beroende av narkotika döms till fängelse, men rätten kan även döma till tvångsvård.	Ja	Nej	Ej uppg	24	Ja	Nej	Nej	Nej
Argentina	Ja	Dömd för brott och är drogberoende döms till tvångsvård. Efter behandling skall ursprunglig straffpåföljd avtjänas.	Nej	Ja	Odef	Odef	Ja	Nej	Nej	Nej
Armenien	Ja	Drogberoende brottsling döms till fängelse och behandling	Nej	Ja	2	24	Ja	Nej	Nej	Nej
Azerbajjan	Nej	Drogberoende brottsling döms till fängelse och kan få behandling under fängelsetiden	Nej	Ja	Ej uppg	24	Nej	Nej	Ja	Nej
Bahrain	Ja	Innehav av narkotika för eget bruk ger fängelse min 6 mån och böter, behandling kan dömas som tilläggsåtgärd. Tiden dras från straffet. Vården pågår tills den är fullbordad.	Ja	Nej	Odef	Odef	Ja	Nej	Nej	Nej
Bolivia	Ja	Person som innehar narkotika för personligt bruk och efter undersökning befinns vara drogberoende kan dömas till tvångsvård vid statlig eller privat institution.	Ja	Nej	Odef	Odef	Ja	Nej	Nej	Nej
Brasilien	Ja	Om en åtalad befinns vara oskyldig till ett brott därför att det utfördes pga av drogberoende och han då var oförmögen att förstå innebörden av sina handlingar döms han till tvångsvård.	Nej	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Chile	Ja	Misstänkt eller bevisat bruk av narkotika/psykoaktiva droger eller innehav, samt om personen efter undersökning befinns vara beroende döms han till tvångsvård vid institution. Rätten kan också döma till vård i frihet.	Ja	Nej	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Colombia	Ja	Bråk eller innehav av beroendeframkallande medel straffas med fängelse eller böter, befinns personen vara beroende döms till tvångsvård vid psykiatriskt sjukhus (eller i hemmet) tills vårdbehovet är uppfyllt. Straffet efterskänks.	Ja	Nej	Odef	Odef	Ja	Nej	Nej	Nej
Costa Rica	Nej	Person anklagad för bruk/innehav döms till 4 års fängelse. Kan få behandling för sitt beroende under fängelsetiden.	Ja	Nej	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Nej	Ja	Nej
Egypten	Nej	Innehav, annan tillgång mm döms till hårt arbete och böter, men kan samtycka till behandling för drogavvänjning	Ja	Nej	6	36	Nej	Nej	Nej	Ja
Filippinerna	Ja	Om brottsling befinns vara drogberoende måste rätten suspendera åtalet om det ligger i allmänhetens intresse att han kvarhålls för tvångsvård. Obegränsad vårdtid	Nej	Ja	Ej uppg	Odef	Ja	Nej	Nej	Nej
Frankrike	Nej	Otillåtet användande av narkotikaklassade subst. el. växter, den dömda kan få genomgå behandling för avgiftning, personen får själv välja vårdinrättning.	Ja	Nej	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Nej	Nej	Ja
Förenade Arab emiraten	Ja	Jur. process inleds ej mot person som använt narkotika om han frivilligt anmäler sig till sanatorium eller allmän åkl. och söker behandling. Personen stannar vid sanatoriet tills dess en särskild kommitté beslutar att släppa honom.	Ja	Nej	6	36	Nej	Ja	Nej	Nej
Georgien	Nej	Drogberoende brottsling kan få behandling för sitt missbruk under fängelse-	Nej	Ja	6	12	Nej	Nej	Ja	Nej

Grekland	Ja	tiden Om person innehar små kvantiteter av narkotika och brukar denna, döms till tvångsvård vid särskilt terapeutiskt fängelse.	Ja	Nej	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Indien Federalt	Nej	Skyldig till innehav av liten mängd narkotika kan, via kontraktsförsäkran, dömas till vård vid statlig institution eller sjukhus. Gäller en gång i livet. Fullföljer han ej vården utdömes böter.	Ja	Nej	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Nej	Nej	Ja
Indonesien	Ja	Person dömd för otillåtet personligt bruk av narkotika samt är beroende dömes till tvångsvård till självkostnad vid rehab-inst.	Ja	Nej	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Iran	Ja	All befattning med droger är förbjuden. Droganvändare får tvångsvård vid Rehabcentra i min 6 mån. Smugglare m fl måste inom 6 mån ge upp sitt missbruk annars får personen tvångsvård vid Rehabcentra till beroendet är borta.	Ja	Nej	6	Odef	Ja	Nej	Nej	Nej
Irland	Nej	Innehav eller annan drogrelaterad brottslighet som person står åtalad för kan rendera honom frivård och behandling vid särskilt behandlingshem. Samtycke måste finnas. Fullföljs inte vården döms till fängelse.	Ja	Ja	12	18	Nej	Nej	Nej	Ja
Israel	Ja	Brott begånget som följd av drogberoende, och domen lyder på min 6 mån fängelse, och risk för nya brott föreligger kan rätten besluta till tvångsvård, vårdtiden dras från påföljden. Behandling kan ske före eller efter avtjänande av påföljden.	Nej	Ja	6	36	Ja	Nej	Nej	Nej
Israel 2 (b)	Nej	Åtalad kan dömas till frivård med behandling inom öppenvården om beroende finns. Personen måste samtycka till vård. Rätten kan döma till detta även om personen ej fälls för brottet.	Nej	Ja	6	36	Nej	Nej	Nej	Ja
Italien	Nej	Drogberoende person dömd för brott har rätt till behandling i max tre år, antingen i fängelse eller frihet. Samtycke måste finnas. Ej tvångsätgärder.	Ja	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Nej	Ja	Ja
Jordanien	Ja	Den som importerar eller på annat sätt handlar droger i syftet missbruk döms till fängelse i min 6 mån max 2 år, rätten kan istället för fängelse döma till vård eller påföljd den finner lämplig t.ex. tvångsvård. Om P. innan rätteg. söker vård åtalas ej.	Ja	Ja	Odef	Odef	Ja	Nej	Nej	Nej
Kina Federalt	Nej	Innehav av små mängder eller bruk av droger ger fängelse i minst 15 dagar, drogberoendet kan behandlas under fängelsestiden. Är mängden större döms till fängelse i minst 7 år upp till livstid.	Ja	Nej	Odef	Odef	Nej	Nej	Ja	Nej
Kina Hong Kong	Ja	Person dömd till fängelse för begånget brott och är missbrukare av droger kan rätten istället för fängelse döma till tvångsvård vid institution om rätten finner att detta ligger i samhällets intresse.	Nej	Ja	2	12	Ja	Nej	Nej	Nej
Kina /Macao	Nej	Dömd person kan få behandling i fängelse.	Nej	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Nej	Ja	Nej
Kuwait	Ja	Drogberoende person kan istället för fängelse dömas till tvångsvård, om personen själv söker vård vidtas inte juridiska åtgärder mot honom. Finns ej samtycke kan han ändå beredas tvångsvård.	Ja	Nej	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Kyrgyzstan	Nej	Drogberoende brottsling kan under avtjänande av fängelsestraff få behandling för sitt beroende i max 12 mån	Ej uppg	Ja	Ej uppg	12	Nej	Nej	Ja	Nej
Malaysia	Nej	Person under 18 år skyldig till brott mot Dangerous Drug Act 1952 kan av rätten frisläppas om denne kvarstannat vid Rehab-center för missbrukare minst 2 år för vård och behandling samt eftervård. Eller frivård under övervakning.	Ej uppg	Ej upg	24	36	Nej	Nej	Nej	Ja
Mauritius	Ja	Innehav/bruk av narkotika ger fängelse i max 8 år, rätten kan istället döma till tvångsvård om den finner detta lämpligt i max 5 år. Är straffpåk. max 12 mån susp. domen och vård utdöms, fullföljs ej utdöms hela straffet samt 5 års fängelse + böter.	Ja	Nej	Ej uppg	60	Ja	Nej	Nej	Nej
Mexico	Ja	Person dömd för brott som är drogberoende skall också dömas till behandling för sitt beroende vilket sker under fängelsestiden. Behandlingstiden får ej överstiga straffpåföljden.	Nej	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej

Moldavien	Nej	Person som begått brott kan under fängelsetiden få vård för sitt beroende.	Nej	Ja	1	Ej uppg	Nej	Nej	Ja	Nej
Myanmar	Nej	Brottsling som är missbrukare kan under fängelsetiden få behandling för sitt beroende	Ja	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Nej	Ja	Nej
Nigeria	Ja	Dömd P. kan i tillägg till straffpåföljden få beslut om beh, utbildning, eftervård, rehab samt social återintegration.	Nej	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Norge	Ja	Dömd brottsling kan under fängelsetiden få sitt straff suspenderat och vårdas för sitt missbruk vid institution	Nej	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Paraguay	Ja	Om domstol eller ungdomsdomstol på något sätt blir varse att en person lider av missbruk och ej får medicinsk hjälp skall domstol döma personen till tvångsvård. Är personen dömd för brott döms han till beh. under fängelsetiden	Ja	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Peru	Ja	Drogberoende brottsling döms av rätten till tvångsvård innan annan straffpåföljd avtjänas. Tid för behandling dras av.	Ej uppg	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Polen	Ja	Missbrukande brottsling kan dömas till tvångsvård för missbruket innan straffpåföljden avtjänas.	Ej uppg	Ja	3	24	Ja	Nej	Nej	Nej
Portugal	Nej	Drogberoende person som fälls för bruk/innehav av narkotika för personligt bruk, döms till fängelse. Om personen frivilligt går med på behandling kan straffpåföljden suspenderas. Avbryts värden = fängelse.	Ja	Nej	Odef	Odef	Nej	Nej	Nej	Ja
Qatar	Ja	Innehav mm döms till böter och fängelse. Alternativt till tvångsvård. Om personen söker frivilligt åtalas han ej. Om personen sökt frivilligt måste han lämna försäkran om att han får kvarhållas vid sanatoriet i en period av 3 mån.	Ja	Nej	3	12	Nej	Ja	Nej	Nej
Ryssland	Ja	Drogberoende brottsling kan dömas till tvångsvård i fängelse eller under villkorlig dom, för en odefinierad tid.	Nej	Ja	Odef	Odef	Ja	Nej	Nej	Nej
San Marino	Ja	P. fälld för innehav, produktion mm för pers. bruk och brottet är lindrigt kan rätten reduc. straffet till probationary experiment. Dvs undersökning och vid behov tvångsvård vid sjukhus eller i öv. Detta kan reducera ev. eliminera straffet.	Ja	Nej	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Senegal	Ja	Person som åtalas eller misstänks för otillåten användning eller försök att använda narkotika kan efter undersökning dömas till tvångsavgiftning via öppenvård eller institution.	Ja	Nej	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Seychellerna	Ja	Innehav, konsumtion mm och rätten misstänker att personen är drogberoende kan rätten besluta om medicinsk undersökning och om behov finns skall personen beredas tvångsvård.	Ja	Nej	Ej uppg	6	Ja	Nej	Nej	Nej
Spanien Federalt	Ja	Domstol kan suspendera påföljd för brott som gett max 2års fängelse till förmån för behandling om etablerat behandlingshem intygar att personen undgår/skall undgå behandling under tiden för suspenderingen och att personen ej tidigare fått suspenderad dom av liknande skäl. Suspenderingen avbryts om personen begår nytt brott.	Nej	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Spanien Katal.	Nej	Drogberoende brottsling kan få möjlighet att vårdas för sitt missbruk under fängelse tiden.	Ej uppg	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Nej	Ja	Nej
Storbritannien (Eng, Wales)	Nej	Person, 16 år eller äldre, som dömts för brott som inte har en fixerat påföljd, och personen har ett beroende eller tendens att missbruka droger och kan vara i behov av vård. Samtycke måste finnas.	Ej uppg	Ja	6	36	Nej	Nej	Nej	Ja
Sverige	Nej	Person dömd för brott där straffpåföljden ej kan stanna vid böter kan rätten, om P. är missbrukare eller är i annat tillstånd som behöver vård/behandling och samtycke finns, besluta om skyddstillsyn med föreskrift om särskild beh.	Ja	Ja	12	12	Nej	Nej	Nej	Ja
Sverige 2 (b)	Ja	Person som begått brott, med påföljd som ej överstiger ett år kan istället för straffpåföljd beredas tvångsvård via LVM om personen är i behov av vård enligt samma lag.	Ja	Ja	6	12	Ja	Nej	Nej	Nej
Sydafrika	Ja	Person dömd för brott kan om han är missbrukare dömas till tvångsvård istället för straffpåföljd	Ej uppg	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej

Tajikistan	Nej	Person dömd för brott kan under fängelsetiden få behandling för sitt beroende.	Nej	Ja	6	24	Nej	Nej	Ja	Nej
Thailand	Ja	För bruk och innehav sänds personen till Rehabc. där fastställs om beroende finns = tvångsvård. för annat brott som ej ger fängelse i mer än 2 år kan rätten susp. domen under vissa omständigheter och även besluta om tvångsvård. Gäller max 6 mån	Ja	Ja	6	36	Ja	Nej	Nej	Nej
Tjeckien	Nej	Person som dömts för brott kan få behandling för beroendet i fängelset.	Ej uppg	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Nej	Ja	Nej
Tonga	Ja	Person som fällts för brott och som ej har fixerad straffpåföljd kan rätten döma till tvångsvård pga av mental störning orsakad av alkohol/drogbruk, eller att personen är farlig för annan.	Ej uppg	Ja	1	Odef	Ja	Nej	Nej	Nej
Trinidad & Tobago	Ja	Person som dömts för innehav kan av rätten beslutas genomgå medicinsk undersökning för att fastställa om personen behöver vård. Är så fallet bereds han tvångsvård istället för straffpåföljd.	Ja	Nej	Ej uppg	1/2	Ja	Nej	Nej	Nej
Tunisien	Ja	Person som frivilligt söker vård (avgiftning) och det är första gången, skall ej straff dömas (fängelse i 1-5 år och böter). Annars är det avgiftning under tvång för bruk. Avviker personen = fängelse	Ja	Nej	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Turkiet	Ja	Person som använt narkotika så att denne har blivit beroende skall föras till sjukhus för tvångsvård tills dess personen är fullt återställd. Missbrukare kan också dömas till förvisning och övervakning mellan 6 och 12 mån	Ja	Nej	Ej uppg	Odef	Ja	Nej	Nej	Nej
Tyskland Federalt	Ja	tvångsvård skall besluta för brottsling som ej kan ställas till svars för sina handlingar pga berusning, och är missbrukare, och det finns risk för ny brottslighet pga beroendet. Rätten skall ej besluta om tvångsvård om han ej kan dra nytta av den.	Nej	Ja	3	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Tyskland Federalt 2 (b)	Nej	Om person dömts till fängelse i max 2 år och brottet begicks pga narkotiskt beroende kan rätten uppskjuta och eventuellt eliminera straffpåföljden om personen lovar att undergå behandling för sitt missbruk	Nej	Ja	3	Ej uppg	Nej	Nej	Nej	Ja
Ungern	Ja	Bruk och innehav är förbjudet och straffas med behandling, böter och offentligt arbete. Behandling för beroende av alkohol/narkotika beslutas om personens familj och omgivning är i fara	Ja	Nej	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
USA Connecticut	Ja	Åtal för brott kan susp. till förmån för beredande av tvångsvård om personen vid tillfället för brottet var alkohol/drogberoende och att han kan åtnjuta vården. Villkorlig dom i öppenv. eller vid inst. Gäller ej grov brottslighet och endast en gång.	Nej	Ja	Ej uppg	24	Ja	Nej	Nej	Nej
Uzbekistan	Nej	Behandling kan ges under avtjänande av fängelsestraff.	Ej uppg	Ja	6	18	Nej	Nej	Ja	Nej
Venezuela	Ja	Brukare av narkotiska substanser skall kvarhållas för vård vid special institution	Ja	Nej	Ej uppg	Ej uppg	Ja	Nej	Nej	Nej
Vitryssland	Nej	Brottsling kan få behandling för sitt missbruk under fängelsetiden	Ej uppg	Ja	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Nej	Ja	Nej
Zimbabwe	Ja	Person som begått brott under inverkan av alkohol och att detta bidrog till att brottet begicks och att förövaren medger att han är drinkare kan dömas att bli kvarhållen vid alkoholistanstalt i max 3 år.	Ja	Ja	Ej uppg	36	Ja	Nej	Nej	Nej
Österrike	Nej	Person som åtalas för innehav av liten mängd narkotika för personligt bruk. Rätten kan då uppskjuta åtalet och besluta om villkorlig dom under två år, personen kan då ge samtycke till med behandling eller övervakning antingen i öppenvård eller vid institution.	Ja	Nej	Ej uppg	Ej uppg	Nej	Nej	Nej	Ja

(a) Från följande länder saknades uppgift om straffrättslig tvångsvård: Kazakstan, Lettland, Zambia, Vietnam. Dock finns uppgift att innehav och bruk av narkotika är förbjudet i Vietnam.

(b) För Israel, Sverige och Tyskland redovisas två relevanta lagar. Därför har dessa länder i denna tabell två rader vardera.