

3 Gällande rätt

3.1 Inledning

När nuvarande LVM trädde i kraft 1989 (SFS 1988:870) gjordes lagen obligatoriskt tillämplig. Enligt 4 § första stycket skall tvångsvård beslutas om de i bestämmelsen uppräknade förutsättningarna föreligger. Det innebär i princip, att om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, skall också socialnämnden ansöka om beredande av vård och tvångsvård skall beslutas. Dess tvingande karaktär framgår också av 2 § första stycket där det föreskrivs att en missbrukare¹ skall beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i lagen. Lagstiftarens utgångspunkt är att samhället har en skyldighet att ingripa om missbrukaren eller hans närstående befinner sig i en så utsatt situation som lagen anger och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt SoL eller på annat sätt. Av förarbetena framgår att det inte kan accepteras att man i de allvarliga situationer som avses i LVM avstår från att ansöka om tvångsvård med hänvisning till bristande resurser (prop. 1987/88:147 s. 53).

Trots LVM:s tvingande karaktär är utgångspunkten likväl, att missbrukarens frivilliga medverkan i vården är så angelägen att man måste göra stora ansträngningar för att få till stånd en vård som han inte motsätter sig. LVM är en undantagslag, avsedd att komplettera SoL i de fall person med missbruksproblem inte kan beredas nödvändig vård i frivilliga eller andra former (SOU 1981:7 s. 7, 28 f.; prop. 1981/82:8 s. 1).

LVM:s portalparagraf (1 §) innehåller en principdeklaration i vilken det erinras om, att de i 1 kap. 1 § SoL angivna målen för samhällets socialtjänst skall vara vägledande för all vård som syftar till att hjälpa enskilda människor att komma ifrån missbruk. Vården

¹ I detta kapitel om gällande rätt används genomgående benämningen ”missbrukare”, eftersom det är detta begrepp som används i nuvarande LVM och i dess förarbeten. Se dock särskilde utredarens förslag i kapitel 16 (avsnitt 16.19).

skall bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet och den skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde.

3.2 Tvångsvårdens syfte

Tvångsvården skall, enligt 3 § LVM, syfta till att motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Detta innebär både ett långsiktigt mål, frihet från missbruk, och ett kortsiktigt – motivation till frivillig vård. Frågan om LVM:s syfte berörs också i kapitel 4.

3.3 Förutsättningar för tvångsvård

3.3.1 Allmänt

Förutsättningarna för att vård med stöd av LVM skall kunna komma i fråga regleras i 4 § LVM. Det skall för det första föreligga ett fortgående missbruk och ett vårdbehov som inte skall kunna tillgodoses på annat sätt än genom tvångsvård. Socialberedningen kallade detta för någon form av generalindikation (SOU 1981:7 s. 37, 48). Därutöver skall en av i bestämmelsen uppräknade specialindikationer föreligga för ett beslut om vård. Specialindikationerna anknyter till missbrukarens egen hälsa (4 § första stycket 1), missbrukarens sociala liv (4 § första stycket 2) och risken för att missbrukaren själv eller någon närstående kan komma till skada (4 § första stycket 3).

3.3.2 "Fortgående missbruk"

Tvångsvård med stöd av LVM kan komma i fråga vid missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel. Med *alkohol* menas enligt LVM:s motiv, sprit och alla sådana drycker som inte räknas som alkoholfria drycker enligt den tidigare gällande lagen (1977:292) om tillverkning av drycker. Det innebar, att alla drycker med mer än 1,8 viktprocent alkohol räknades hit, varför lättöl föll utanför (prop. 1981/82:8 s. 75). Begreppet *narkotika* avses ha samma innebörd som i Narkotikastrafflagen (SFS 1968:64) (prop. 1987/-

88:147 s. 40 f). Missbruk av flyktiga lösningsmedel kunde inte för-
anleda tvångsvård enligt 1981 års lag, varför LVM kompletterades i
samband med 1988 års revidering (prop. 1987/88:147 s. 39 f).

Som en övergripande förutsättning för att ett *missbruk* skall
anses föreligga i LVM:s mening skall, enligt uttalanden i förarbe-
tana, användningen medföra vissa skadeverkningar. Med missbruk
avses en konsumtion som leder till allvarliga följder för den enskil-
de i form av medicinska eller sociala problem (prop. 1987/88:147 s.
40). För att man skall kunna tala om *missbruk av alkohol* måste det
röra sig om en inte alltför obetydlig konsumtion (SOU 1981:7 s.
48; prop. 1981/82:8 s. 75). Såvitt gäller *narkotika*, ger LVM:s motiv
ger endast vid handen, att med missbruk avses allt icke-medicinskt
bruk av narkotika (SOU 1981:7 s. 48; prop. 1981/82:8 s. 75) och
att ett missbruk av *flyktiga lösningsmedel* föreligger om de inandas i
berusningssyfte (SOU 1987:22 s. 52; prop. 1987/88:147 s. 39, 222).

Med ett *fortgående* missbruk av *alkohol* avses att missbruket skall
ha en viss varaktighet. Det får inte röra sig om en tillfällig överkon-
sumtion, även om den i något fall skulle kunna medföra en sådan
hälsorisk som kan inrymmas i specialindikationen. Även missbruk
som återkommer i perioder kan omfattas av lagen, om betingel-
serna i övrigt är uppfyllda (prop. 1981/82:8 s. 74). Med ett fortgå-
ende missbruk av *narkotika* avses i princip allt injektionsmissbruk
samt dagligt, eller så gott som dagligt missbruk, oberoende av
intagningsätt och medel (prop. 1981/82:8 s. 75). Ett fortgående
missbruk av *flyktiga lösningsmedel* föreligger vid ett dagligt eller
annars regelbundet återkommande missbruk.

3.3.3 "I behov av vård"

Utöver ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga
lösningsmedel krävs för ett beslut om tvångsvård, att den enskilde
till följd av sitt fortgående missbruk är i behov av vård för att
komma ifrån detta och att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt
SoL eller på något annat sätt. Utgångspunkten är, att det går att
skapa en vilja till förändring även hos klienter som vid behandling-
ens inledningsskede saknar denna vilja eller har den bara i mycket
begränsad utsträckning.

Innebörden av vårdbehovsrekvisitetet i 1988 års lag är, att det skall
föreligga en allvarlig missbruksbild som kräver snabba och kraft-
fulla insatser. Behovet av vård kan visa sig i form av ett akut behov

av avgiftning, men det behöver inte göra det (prop. 1987/88:147 s. 45). Nu gällande lag möjliggör sålunda tidigare ingripanden än vad som skett vid tillämpningen av 1981 års lag, vilket ansågs särskilt viktigt vid ett allvarligt missbruk hos yngre vuxna (prop. 1987/88:147 s. 45). Att generellt inskränka lagens användningsområde så långt att socialtjänsten måste invänta att klienten hamnar i ett helt akut läge eller t.o.m. i en ren nödsituation till följd av missbruket är inte rimligt (prop. 1987/88:147 s. 43). Att avvakta med LVM till dess att vederbörande har fått en allvarlig skada har ansetts betänkligt, eftersom det ofta rör sig om obotliga skador på livsviktiga organ (prop. 1987/88:147 s. 45).

3.3.4 Vårdbehovet tillgodoses enligt SoL eller på annat sätt

Sedan det väl konstaterats ett behov av vård till följd av ett fortgående missbruk, måste en bedömning göras om behovet kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på något annat sätt (4 § LVM). Enligt 1981 års lag skulle LVM inte komma i fråga om vårdbehovet kunde tillgodoses enligt SoL eller *annan lag*, varmed främst avsågs hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelsen enligt nuvarande lag – att vårdbehovet inte skall kunna tillgodoses enligt SoL eller *på annat sätt* – innebär att det vid bedömningen av behovet av tvångsvård skall även innefattas vård som kan tillgodoses utan inblandning av något offentligt organ (prop. 1987/88:147 s. 91).

Bakgrunden till rekvisitet är betydelsen av samförståndslösningar för att skapa bättre förutsättningar för ett framgångsrikt behandlingsresultat. Det skall ses som en erinran om att alla möjligheter till insatser i samförstånd med den enskilde skall övervägas och befinnas otillräckliga innan LVM-vård tillgrips (prop. 1981/82:8 s. 42). Häri ligger emellertid inte ett krav på att frivillig vård skall ha prövats och misslyckats innan rätten kan besluta om tvångsvård. Missbrukarens tillstånd kan, redan när socialtjänsten får kännedom om honom, vara sådant att han behöver omedelbar vård (prop. 1987/88:147 s. 52). Det anses då räcka, att ansvariga överväger vilka möjligheterna till framgång kan antas vara om man inte tillämpar LVM (prop. 1981/82:8 s. 42), att det framstår som orealistiskt att tillgodose vårdbehovet i frivilliga former (prop. 1987/88:147 s. 52). Regeringsrätten har i RÅ 1990 ref. 10 funnit att förutsättning för tvångsvård enligt LVM inte kunde anses föreligga, när den enskilde klienten förklarat sig villig att genomgå behövlig vård och inte

beretts tillfälle att samtycka till konkreta och planlagda åtgärder för vård enligt SoL eller på något annat sätt. Klienten måste således ha *erbjudits vård* i frivilliga former innan det kan anses utrett att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt SoL eller på annat sätt. Även i RÅ 1991 ref. 47 betonas vikten av att frivillig vård har befunnits otillräcklig, innan tvångsvård tillgrips.

3.3.5 Samtyckeskonstruktionen

Enligt 2 § LVM skall en missbrukare beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i lagen. Detta innebär att tvångsvård skall beslutas trots att ett samtycke till vård föreligger. Tanken är dock, att ett allvarligt menat samtycke ändå måste tillmätas relevans. Man kan aldrig underlåta att ta hänsyn till den enskildes vilja och synpunkter ens om han tillfälligtvis har råkat i en så ohållbar situation att han eller hon måste beredas vård oberoende av samtycke (prop. 1981/82:8 s. 73). Men principen om frivilligvårdens företrädare innebär *inte* att frivillig vård automatiskt skall väljas därför att den enskilde samtycker till sådan vård (prop. 1987/88:147 s. 52). Om den enskilde samtycker till ”vård som motsvarar hans vårdbehov” är detta ett starkt skäl som talar emot tvångsvård. Kan det antas att det går att genomföra ”adekvat vård” utan stöd av LVM skall lagen inte användas (prop. 1981/82:8 s. 75, SOU 1981:7 s. 48).

Av Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1997:6 (S) framgår att en av förutsättningarna för vård enligt LVM är att vård i frivillig form är uttömda eller har befunnits otillräckliga. Vidare framgår att frivillig vård inte automatiskt skall väljas om klienten samtycker till sådan vård. Om det trots samtycke finns anledning att ifrågasätta att vården inte går att genomföra, skall socialnämnden göra en bedömning av om missbrukaren har tillräcklig vilja och rimlig förmåga att fullfölja behandling i frivillig form.

3.3.6 Specialindikationerna

De grundläggande förutsättningarna i generalindikationen kompletteras av tre specialindikationer av vilka *en* måste föreligga vid ingripandetillfället (prop. 1981/82:8 s. 40).

Hälsoindikationen, 4 § första stycket 1 LVM, kräver att den enskilde till följd av missbruket utsätter sin hälsa för allvarlig fara. Den anknyter direkt till missbrukarens hälsotillstånd och till faran för att detta skall försämrats allvarligt om han inte får vård (SOU 1981:7 s. 39). Här avses fall där den enskilde redan befinner sig i ett sådant tillstånd att omedelbar vård är påkallad, där det alltså redan finns en medicinsk påvisbar hälsorisk som motiverar vård oberoende av samtycke. Dock avses inte den allmänna hälsorisk som ligger i att bruka till exempel alkohol i övermått. Denna risk avses följa redan av att den enskilde förutsätts vara i behov av vård till följd av ett fortgående missbruk. Man skall objektivt kunna konstatera, att den enskildes fysiska eller psykiska tillstånd är sådant att han måste ha vård ”till följd därav” eller i vart fall måste iaktta avhållsamhet från missbruk som allvarligt kan förvärra hans tillstånd (SOU 1981:7 s. 39). Även i fall när missbrukaren själv – medvetet eller omedvetet – utsätter sig för allvarlig fara täcks av bestämmelsen, till exempel att någon till följd av missbruket underlåter att äta eller utsätter sig för allvarlig yttre fara, såsom att han löper risk att förolyckas eller att frysa ihjäl (SOU 1981:7 s. 39 f.; prop. 1981/82:8 s. 44) och där missbrukaren utsätter sin hälsa för allvarlig fara genom hjälplöshet eller med flit (prop. 1981/82:8 s. 40).

Enligt 4 § första stycket 2, den *sociala indikationen*, skall tvångsvård beslutas om någon till följd av missbruket löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv. Det skall vara fråga om en utomordentligt allvarlig situation, där missbruket uppenbarligen äventyrar, ”dvs. näst intill omintetgör missbrukarens möjligheter att under lång tid framöver leva ett människovärdigt liv” (prop. 1987/88:147 s. 92). Tanken med den sociala indikationen är att LVM skall kunna användas i ett skede då det ännu är möjligt att bryta en destruktiv utveckling. Indikationen tar sikte på omständigheter som vid en helhetsbedömning närmast framstår som avgörande för den enskildes fortsatta liv (prop. 1987/88:147 s. 92). I många fall, när det gäller unga med missbruksproblem, har ännu inte några allvarliga medicinska skadeverkningar kunna konstateras. Missbruket är dock så omfattande att allvarliga sociala skadeverkningar är nära förestå-

ende. Missbruket dominerar hans eller hennes livsföring och vederbörande kan inte längre upprätthålla normala sociala relationer. Den enskilde riskerar på grund av missbruket att slås ut från utbildnings- eller arbetsmarknad och att stängas ute från ett normalt boende. Om man i sådana fall inte kan förmå missbrukaren till frivillig vård, är det angeläget att han bereds vård innan situationen försämrats så att denne dessutom ådragit sig allvarlig medicinsk skada (prop. 1987/88:147 s. 46).

Den sociala indikationen kan emellertid tillämpas även på *äldre* personer med ofta långvariga missbruksproblem även om behandlingsmålet för dessa kan vara annorlunda. Det kan bli fråga om att återföra missbrukaren till ett mindre riskutsatt liv, främst i form av stödjande insatser och humanitär omvårdnad, men tvångsvård kan vara nödvändig för att bryta ett pågående missbruk som kan leda till skadeverkningar av medicinsk natur. Det ligger i sakens natur, att hälsoaspekten dominerar och att hänsynen till den sociala utvecklingen inte alltid bör tillmätas lika stor vikt som beträffande unga. Det finns dock äldre med en bättre social förankring. Också vid bedömningen av "en sådan missbrukares behov av vård" måste man ta större hänsyn till de sociala skadeverkningarna av ett ökande missbruk. Man kan inte se enbart till faran för den fysiska eller psykiska hälsan. Om någon till följd av missbruket uppenbarligen äventyrar sina levnadsförhållanden måste vård med stöd av LVM övervägas. LVM-vården framstår då som en sista utväg för att rädda det som alltjämt finns kvar av anknytning till arbetsmarknad, bostad och relationer till anhöriga och annan omgivning än andra missbrukare (prop. 1987/88:147 s. 47).

Den tredje indikationen (4 § första stycket 3), *skadeindikationen*, avser två olika situationer: dels då missbrukaren kan befaras komma att allvarligt skada sig själv, dels då denne kan befaras komma att allvarligt skada någon närstående. I det förstnämnda fallet åsyftas risken för självmord. Att detta nämnts särskilt beror på att tätt sig främmande att hänföra självmord under hälsoindikationen. Det anses dock uppenbart att ett ingripande måste kunna ske i fall när självmordsrisk föreligger (SOU 1981:7 s. 40).

Frågan om det skall vara möjligt att ingripa mot personer med missbruksproblem till skydd för omgivningen med stöd av en lagstiftning som primärt har till syfte att ge vård har varit kontroversiell. Från början var närståendeskyddet tänkt som en övergångslösning (SOU 1981:7 s. 7). Ett LVM-ingripande anses dock fylla en viktig funktion och det skall ses som ett led i samhällets reaktions-

system mot våld i hemmen (prop. 1981/82:8 s. 44 f). Åtalsreglerna anses inte ge tillräckligt skydd och möjligheterna till straffrättsliga ingripanden har inte tätt sig som en framkomlig väg för en anhörig som är känslomässigt bunden till en missbrukare. Det kan vara svårt att ange en anhörig för polisen och därmed framstå som den som medverkar till att denne kanske döms till fängelse. Vid en anmälan till socialtjänsten om LVM-vård framstår anmälarens ställning som mindre utsatt då det kan motiveras med omtanke om missbrukaren (SOU 1987:22 s. 282). Närståendeskyddet kan också motiveras utifrån den synpunkten, att skyddet föreligger redan vid fara för allvarlig skada, till skillnad från straffrättsliga ingripanden som förutsätter ett fullbordat brott eller ett åtalbart försök till brott. Brottsbalkens regler har därför inte ansetts tillräckliga för att skydda anhöriga från befarat våld från missbrukaren. Tillämpningsområdet omfattar dock inte annan än närstående, eftersom det inte föreligger samma behov av skydd för utomstående där våldsincidenter ofta inträffar på platser där polis eller annan har ansvar för ordningen. Utomstående har heller ingen känslomässig spärr mot att ange gärningsmannen eller mot att medverka under utredning och rättegång och känner ingen skuld mot att gärningsmannen hamnar i fängelse (SOU 1987:22 s. 283).

Beträffande risken för att närstående allvarligt skadas avses inte bara fysisk skada. Även sådana psykiska lidanden som familjemedlemmar kan utsättas för genom ett hotfullt, pockande eller hänsynslöst uppträdande kan utgöra grund för ingripande. Enbart ekonomisk skada omfattas däremot inte (prop. 1981/82:8 s. 76). Med närstående avses missbrukarens närmaste anhöriga (SoU 1981/82:22 s. 14, SOU 1987:22 s. 371).

3.4 Förfarandet

3.4.1 Bakgrund

Skyldigheten att ansvara för utredning och ansökan om LVM-vård har genom tiderna växlat mellan socialnämnden och länsstyrelsen. Initialt var det länsstyrelsen som i en tvåpartsprocess inför länsrätten skulle föra det allmänna talan. Tvåpartsförfarandet var ägnat att öka rättssäkerheten för den enskilde. Länsstyrelsen skulle svara för att domstolen fick erforderligt beslutsunderlag för att kunna ta ställning till frågan om vård och att LVM- ärenden utreddes och

handlades på ett enhetligt sätt inom länet, eftersom det av rättssäkerhetsskäl inte var acceptabelt med några större variationer i tillämpningen. Genom länsstyrelsens utredningsansvar åstadkoms dessutom en ytterligare prövning av frågan om det fanns skäl för vård. Det ansågs vara en fördel att en myndighet som inte tidigare sysslat med ärendet gjorde en bedömning av vårdfrågan innan denna förelades länsrätten. Länsstyrelsen skulle ha rätt att ta del av de uppgifter som fanns i socialnämndens material, men man skulle ändå göra en självständig bedömning och eventuellt föranstalta om ytterligare utredning. Det var också länsstyrelsens uppgift att självständigt bedöma om man kunde påräkna bifall till ansökan eller om ärendet skulle avskrivas (SOU 1981:7 s. 45f).

Genom beslut i maj 1992 bemyndigade regeringen chefen för socialdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda bland annat om socialnämnderna skulle ges det fulla ansvaret för utredning och ansökan om vård enligt LVM (LHD/LVM-utredningen). Utredningen föreslog i sitt betänkande att ansvaret för utrednings- och ansökningsförfarandet skulle vila på socialnämnden (SOU 1993:31). Förändringen trädde i kraft den 1 juli 1994. Det som talade för en sådan ordning var att de hänsyn – ideologiska och metodologiska – som hade legat till grund för LVM-lagstiftningen 1981 delvis var förlegade. I syfte att befria socialtjänsten från rollen som den enskildes motpart i tvångsvårdsfallen hade länsstyrelsen haft att svara för utredning och ansökan. Kritikerna menade att detta var en konstlad lösning. Klienterna visste ändå att det var socialtjänsten som stod bakom en ansökan om tvångsvård. I den hearing som anordnades av utredningen framhölls bland annat, att det vore en fördel med ett klarare ansvarstagande från socialtjänstens sida, även beträffande tvångsvården. I sammanhanget erinrades också om att socialtjänsten i sin helhet ansvarade för motsvarande utredning och ansökan i LVU-ärenden. Ett annat argument som LHD/LVM-utredningen förde fram var socialnämndens breda kunskap och erfarenhet inom missbruksområdet. Vidare anfördes att det är socialtjänsten som har ansvaret för frivilliga åtgärder och insatser efter avslutad tvångsvård och nämnden har ett ansvar och en allmän utredningsskyldighet enligt SoL (SOU 1993:31 s. 159 ff).

3.4.2 Anhängiggörande

Ett LVM-ärende kan initieras på olika sätt, exempelvis efter anmälan från anhörig eller genom socialtjänstens kontakter med den enskilde klienten. Det kan också anhängiggöras till följd av anmälningsskyldigheten i 6 § LVM. Såväl statliga som kommunala myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med personer med missbruksproblem är skyldiga att anmäla till socialnämnden om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM.

För myndigheter inom hälso- och sjukvården stadgas särskilt i andra stycket, att en läkare skall göra anmälan till socialnämnden, om han i sin verksamhet kommer i kontakt med någon som kan antas vara i behov av omedelbart omhändertagande enligt 13 § eller vård enligt LVM. En förutsättning för läkares anmälningsskyldighet är att han bedömer att den enskilde inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom hans egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården. Anledningen till detta är att anmälningssplikten inte får medföra att den enskilde missbrukaren avhåller sig från att söka medicinsk eller psykiatrisk vård (SOU 1981:7 s. 59).

Med en i lag föreskriven anmälningssplikt följer en skyldighet att lämna uppgifter om det förhållande anmälningssplikten omfattar. I de fall en myndighet har en skyldighet att göra anmälan enligt 6 § första stycket, föreligger också en uppgiftsskyldighet. En bestämmelse om anmälningssplikt bryter således sekretesskyddet på samma sätt som en regel om uppgiftsskyldighet (prop. 1981/82:8 s. 118).

3.4.3 Utrednings- och ansökningsförfarandet

Enligt 7 § LVM har socialnämnden skyldighet att inleda LVM-utredning när man genom anmälan av sådana anmälningsskyldiga myndigheter som avses i 6 § eller på annat sätt har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård. Att ”inleda utredning” innebär inte bara att utredningen påbörjas genom att uppgifter inhämtas utan även ett ansvar för att utredningen fullföljs (prop. 1987/88:147 s. 94). När en utredning enligt detta lagrum inleds skall detta komma till uttryck i ett beslut.² Med hänsyn till

² I samband med en inspektion som JO gjorde av en kommundelsnämnd hösten 2000 kan följande utläsas ur protokollet från JO: ”I de granskade akterna som rörde personer för vilka nämnden ansökt om tvångsvård saknades beslut om att inleda utredning enligt 7 § LVM.

de rättsverkningar som är knutna till utredningsförfarandet måste det klart och entydigt framgå av dokumentationen i personakten om en utredning pågår, betonade JO i samband med en inspektion i oktober 2002 av en socialnämnd.³

Av 37 § LVM framgår ett allmänt skyndsamhetskrav i mål och ärenden enligt lagen.

Enbart omständigheter som är relevanta för utredningen skall tas med, vilket innebär att exempelvis obestyrkta antaganden, rykten eller värdeomdömen skall inte få förekomma. En allsidig utredning ställer också krav på att det även redovisas uppgifter som talar till klientens förmån, "vilket är särskilt betydelsefullt då det kan bli fråga om tvångsingripande" (Gustafsson 2001, s. 237). I en undersökning som rättssociologen Annika Staaf, Lunds universitet, har gjort på uppdrag av LVM-utredningen framgår emellertid att omständigheter som talar *mot* ett omhändertagande artikuleras i väldigt få ärenden.⁴ Endast i fem av 137 utredningar omtalas omständigheter som pekar mot tvångsvård. I stället belyses flera graverande omständigheter som talar *för* ett ingripande. I vissa fall har utredande socialsekreterare "löst" detta dilemma genom att hävda att det inte finns några omständigheter som talar till klientens förmån. Ett exempel från Karlsvik LVM-hem (utredning nr 4, 1998) kan belysa ovannämnda förhållande: "Några egna inneboende resurser, förutom förmågan att tala för sin sak, har utredaren inte kunnat finna hos XX".

Detta resultat överensstämmer för övrigt med vad den genomgång som forskarna Gunnar Bernler och Lisbeth Johnsson, Göteborgs universitet, gjorde av innehållet i individ- och familjeomsorgens sociala journaler. Deras slutsatser var att det i socialsekreterarnas journalanteckningar inte i något enda av de undersökta fallen innehöll skrivningar som lyfte fram positiva sidor eller tillgångar hos klienterna (Bernler & Johnsson 1993, 1995).

Beskrivningarna i ovannämnda utredningar ter sig inte sällan onyanserade och kraftigt förenklade, möjligtvis i syfte att skapa stereotypa bilder som rätten lättare kan hantera och beakta vid ansökan om vård. En utredande socialsekreterare anser förmodligen, hävdar Staaf, att förvaltningsdomstolen har svårare att hantera andra sociala subsystems interna språk och logik än den egna juri-

Enligt uppgift från förvaltningen hade inte heller några sådana beslut fattats" (dnr 3406-2000).

³ JO beslut 2003-01-10, dnr 3402-2002.

⁴ Staafs rapport återges i betänkandets separata bilagedel.

diskt färgade. Skall socialnämnden kunna få länsrätten att beakta vad som sägs måste man "tala rättens språk". Naturligtvis existerar det även det omvända förhållandet, dvs. en stor osäkerhet när utredaren skall argumentera och påvisa att lagens rekvisit är uppfyllda. I många fall framgår inte av utredningarna hur socialnämnden har kommit fram till att indikationerna i LVM är uppfyllda.

I samband med att utredningen inleds skall socialnämnden utse en tjänsteman *hos nämnden* som skall svara för kontakterna med missbrukaren och med olika vårdgivare (8 §). Kontaktmannaskapet belyses mer utförligt i kapitel 7 i detta betänkande. Tanken är, att tjänstemannen skall följa missbrukaren under hela vårdtiden, informera om vilka regler som gäller, ansvara för eventuellt frivilliga insatser efter LVM-vården och under förutsättning av samtycke, förmedla kontakt med andra som kan bistå den enskilde (prop. 1987/88:147 s. 95). Beslut enligt LVM fattas oberoende av den enskildes inställning i frågan, även om man i möjligaste mån skall försöka utse den tjänsteman som klienten själv föreslår (prop. 1981/82:8 s. 90).

Av utredningen skall det, enligt 10 § LVM, framgå missbrukarens förhållanden, tidigare vidtagna och planerade åtgärder, i vilket hem intagning kan ske och vilken vård utanför hemmet som planeras om intagning sker. Av utredningen skall också framgå vilken vård utanför hemmet som planeras om intagning sker. Eftersom det är socialnämnden som, enligt 27 § andra stycket, skall anordna vård i annan form, är det viktigt att sådan vård planeras redan på utredningsstadiet. Att en mer långtgående konkretisering därvid inte alltid är möjlig ligger i sakens natur, men en översiktlig planering bör kunna göras (prop. 1987/88:147 s. 95). Utredningen skall omfatta den tid under vilken missbruket har pågått, vilka insatser som har gjorts för att avbryta missbruket, resultatet av dessa insatser samt vilken sannolikhet som föreligger för fortsatt allvarligt missbruk och konsekvenserna av detta (JO 1987/88 s. 158 f).

Anser socialnämnden efter utredning att det finns skäl att bereda någon tvångsvård, har nämnden skyldighet att ansöka om sådan vård hos länsrätten (11 § LVM).

3.4.4 Läkarundersökning

När utredningen har inletts skall socialnämnden också besluta om läkarundersökning av missbrukaren samt utse läkare för undersökningen (9 § LVM). Det föreligger en presumtion för att beslut om läkarundersökning skall ske vilket dock kan underlåtas om det är uppenbart obehövligt, till exempel om ett aktuellt läkarintyg redan finns i ärendet (prop. 1987/88:147 s. 96). Läkaren skall i intyget ange missbrukarens aktuella hälsotillstånd och hans allmänna behov av vård (prop. 1987/88:148 s. 59). Däremot skall inte anges om det finns förutsättningar för vård enligt LVM eftersom läkaren oftast inte har tillgång till alla de uppgifter som socialnämnden har i sin utredning. Undersökande läkare kan därför inte göra den helhetsbedömning av missbrukarens prognos och fortsatta riskexponering som behövs för att bedöma behovet av vård enligt LVM (prop. 1987/88:147 s. 59), en fråga som ankommer på länsrätten (5 § LVM). Läkarintyget skall, enligt 11 § andra stycket, om det inte möter synnerligt hinder bifogas till ansökan till länsrätten. Om man riskerar allvarliga motsättningar med den enskilde bör ansökan kunna ges in till rätten utan läkarintyg (prop. 1981/82:8 s. 101). Innehåller ansökan inget läkarintyg, eller om det behövs av något annat skäl, får även länsrätten besluta om undersökningen (11 § tredje stycket). Om det "behövs av något annat skäl" tar sikte på det fallet att rätten av någon anledning anser sig behöva ett nytt intyg (prop. 1987/88:147 s. 96).

9 § LVM ger socialnämnden en befogenhet att besluta om läkarundersökning och att utse läkare för undersökningen. Enligt 45 § punkt 1 kan socialnämnden eller rätten begära biträde av polismyndigheten för att föra en person med missbruksproblem till en beslutad läkarundersökning. Gustafsson (2001, s. 297) konkluderar, att LVM:s text inte ger uttryckligt stöd för att en läkarundersökning får genomföras mot den enskildes vilja. Lagen talar endast om befogenheten att *besluta om* läkarundersökning (9 §, 11 § tredje stycket), att *utse läkare* (9 §) och befogenheten att *föra* missbrukaren *till* läkarundersökningen (45 § första stycket 1). Motiven ger enligt Gustafssons uppfattning uttryck för att undersökning skulle kunna ske mot den enskildes vilja, men hon konstaterar också att frågeställningen besvarats på skilda sätt i doktrinen och att såväl Regeringsrätten som JO har hävdats att undersökningen inte kan ske mot den enskildes vilja. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen medger inte tvångsåtgärder utöver vad som anges i LPT/LRV. En-

ligt Gustafssons uppfattning medger inte heller LVM läkarundersökning mot den enskildes vilja. Mot bakgrund av det ingrepp i den personliga integriteten en sådan åtgärd är och med hänsyn till grundlagens rättighetsskydd, måste ett sådant förfarande vara tydligt reglerat.

3.4.5 Domstolsprövningen

Det är länsrätten som beslutar om beredande av vård (5 § LVM). Processen är kontradiktorisk. Socialnämnden ansöker och den enskilde blir motpart. Tvåpartsförfarandet är ägnat att leda till en mera kritisk granskning av utredningsmaterialet och därigenom ökad rättssäkerhet för den enskilde. Genom ett sådant förfarande blir det lättare för domstolen att sätta sig in i ett omfattande och komplicerat material och dra egna slutsatser (SOU 1981:7 s. 45). Den enskilde klienten avses få den nödvändiga juridiska hjälpen eftersom offentligt biträde regelmässigt skall förordnas om det inte måste antas att behov av biträde saknas (42 § LVM). Behovet av offentligt biträde skall prövas av rätten även om det inte begärs av den enskilde. Endast i undantagsfall kan det komma i fråga att avvika från huvudregeln.

I mål i länsrätt och kammarrätt om beredande av tvångsvård skall det som huvudregel hållas en muntlig förhandling (39 § LVM). Länsrätten fattar beslut på grundval av den utredning som genomförts av socialnämnden samt på vad som förekommit i den muntliga förhandlingen. I mål om beredande av vård presumeras, av rättssäkerhetsskäl, muntlig förhandling om det inte är uppenbart obehövligt.

Länsrättens prövning skall enligt motiven vara en legalitetsprövning och avse huruvida förutsättningar för vård enligt lagen föreligger eller inte och om sådan vård bör beredas den enskilde (prop. 1981/82:8 s. 77). Rättens prövning avser inte vilken institution eller vårdform som är lämplig i det enskilda fallet. För att "rätt kunna göra sin bedömning om vård skall beredas den enskilde" (prop. 1981/82:8 s. 77) behöver länsrätten ändå ha tillgång till socialnämndens utredning med sådana uppgifter som framgår av 10 och 11 §§ LVM.

Rätten får förordna att ett beslut som rätten meddelat skall gälla omedelbart (43 § LVM). Länsrättens beslut om beredande av vård

kan överklagas till kammarrätten och i sista hand till Regeringsrätten.

3.5 Vård och vårdtid

Har rätten beslutat om tvångsvård ankommer det på socialnämnden att se till att beslutet verkställs genom att missbrukaren bereds vård i ett LVM-hem (12, 22 och 23 §§ LVM) eller, i fall som avses i 24 § första stycket, på sjukhus. Enligt denna senare bestämmelse skall vården inledas på sjukhus om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt. Bakgrunden till bestämmelsen är att den som skall beredas vård med stöd av LVM ofta är i dålig fysisk och psykisk kondition och många gånger är han eller hon i behov av abstinensbehandling och behöver medicinsk hjälp för att lindra abstinensbesvär och minska risken för komplikationer. Eftersom det är socialnämnden som har ansvaret för att den enskilde också faktiskt bereds vård, har nämnden rätt att få biträde av polismyndigheten för att föra den som skall beredas vård eller är omedelbart omhändertagen till LVM-hem eller till sjukhus (45 § första stycket 2 LVM). Avböjer missbrukaren sjukhusvård får denne i stället transporterats till ett LVM-hem.

I 24 § tredje stycket har verksamhetschefen för den sjukhusenhet där missbrukaren vårdas skyldighet att se till att den som förstär vården vid LVM-hemmet genast underrättas om den enskilde önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset. Bestämmelsen innebär inte att den enskilde får behandlas mot sin vilja eller kvarhållas i behandlingssyfte. Syftet är enbart att skaffa garantier för att av länsrätten beslutad LVM-vård skall kunna genomföras och att missbrukaren omedelbart förs till det LVM-hem där klienten är intagen eller, i väntan därpå, tas hand om polisen. Patientens önskemål att avstå från behandling och vistelse på sjukhus skall alltid respekteras (prop. 1987/88:147 s. 83) om inte förutsättningar för LPT föreligger.

Sedan verksamhetschefen ombesörjt att LVM-hemmet underrättats om att klienten lämnat eller önskar lämna sjukhuset, ankommer det på den som tagit emot underrättelsen att omedelbart ordna transport av missbrukaren till LVM-hemmet, antingen genom någon representant från hemmet, socialnämnden eller genom polisens försorg (prop. 1987/88:147 s. 839). Enligt 45 § första stycket 3 får

verksamhetschefen begära polishandräckning för att föra den enskilde till ett LVM-hem.

Om man skall kunna ge den enskilde vård i den utsträckning som ofta svarar mot dennes faktiska behov måste man minska vederbörandes möjligheter att avvika i samband med sjukhusvården. Därför har man sökt skapa garantier för att den beslutade LVM-vården också kan genomföras. Det har ansetts självklart att den som efter domstolsprövning ansetts behöva LVM-vård också måste få sådan vård (prop. 1987/88:147 s. 83). Verksamhetschefen får därför, enligt 24 § tredje stycket LVM, besluta att missbrukaren skall hindras från att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att han kan föras över till ett LVM-hem. Det anses ligga i sakens natur att man dessförinnan gjort en bedömning av om LPT kan anses tillämplig eller om det föreligger en sådan nödsituation att patienten måste ha vård (prop. 1987/88:147 s. 83). Den tid under vilken den enskilde får hållas kvar bör inte vara längre än vad som behövs för att anordna transport till LVM-hemmet. Bestämmelsen får inte nyttjas i annat syfte än att säkra transporten till LVM-hemmet (prop. 1987/88:147 s. 83 f). Bestämmelsen utgör inte något avsteg från principen om självbestämmande och frivillighet inom hälso- och sjukvården. Det är inte fråga om att hålla kvar patienten för behandling utan endast om en åtgärd för att trygga att patienten inte avviker från LVM-vården. Patientens önskemål om att avstå från behandling och vistelse på sjukhus skall alltid uppfyllas.

Frågan om kvarhållningsrätt på sjukhus i samband med LVM-vård behandlas mer utförligt i kapitel 8.

Har vården inte påbörjats inom fyra veckor från den dag beslutet vann laga kraft upphör rättens beslut att gälla (12 § andra stycket LVM). Ett beslut om tvångsvård bör inte få hållas svävande under längre tid och därigenom huvudsakligen fungera som ett hot (prop. 1981/82:8 s. 78). Tiden är avpassad så att beslutet inte skall hinna förfalla om den enskilde håller sig undan. Fyra veckor, utöver laga krafttiden, skall ge ett rimligt utrymme för att förmå den enskilde att inställa sig frivilligt och för att, vid behov, ordna polishämtning (prop. 1987/88:147 s. 97). Bestämmelsen får inte tas till intäkt för att låta dröja med eller helt underlåta verkställighet. Det är länsrätten som bedömer förutsättningarna för vård och beslutar om detta. Därvid ankommer det inte på socialnämnden att sätta sig emot länsrättens avgörande genom att inte låta verkställa beslutet (JO 1987/88 s. 162).

Har rätten beslutat om tvångsvård är det föreståndaren för ett LVM-hem som har att pröva när tvångsvården skall upphöra och besluta om utskrivning (20, 25 §§ LVM). Tvångsvården skall upphöra så snart syftet med vården är uppnått (jfr 3 § LVM) och senast när vården pågått i sex månader (vårdtid). Vården anses påbörjad när missbrukaren inställt sig vid eller förts till ett LVM-hem eller sjukhus.

3.6 Omedelbart omhändertagande

Socialnämnden och polismyndigheten har befogenhet att, under vissa förutsättningar, besluta om att omedelbart omhänderta en person med missbruksproblem (13 § LVM). Ett sådant myndighetsbeslut skall underställas länsrättens prövning som, inom en kort tidsfrist, har att fastställa eller upphäva beslutet. Socialnämnden har sedan att, inom en vecka, inkomma med ansökan om beredande av vård.

Beslut enligt 13 § är att anse som en undantagsåtgärd och kan vidtas när det dels bedöms vara sannolikt att klienten kan beredas vård med stöd av LVM, dels att länsrättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att exempelvis klienten kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat. Av lagens förarbeten framgår, att ett omedelbart omhändertagande skall kunna ske i "akutsituationer" (prop. 1981/82:8 s. 54 f). Det skall föreligga ett omedelbart behov av åtgärder till följd av situationens allvar, en akut fara för missbrukarens egen hälsa eller för att han kan komma att skada sig själv eller sina närstående (prop. 1981/82:8 s. 81).

Huvudregeln är att det är *nämnden* som sådan som har att fatta beslut. Krävs ett ingripande är det emellertid ofta mycket bråttom och det är inte alltid möjligt att tillkalla hela nämnden för beslut i frågan. Därför får, enligt 13 § andra stycket, då nämndens beslut inte kan avvaktas, socialnämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden förordnat fatta beslut. Ett sådant beslut kan inte ändras av nämnden.

Polismyndigheten har ända sedan lagens ikraftträdande 1982 haft beslutsbefogenhet. Inledningsvis gör en polisman ett ingripande med stöd av 11 § polislagen (1984:387). Polis mannen som verkställt omhändertagandet skall så skyndsamt som möjligt anmäla åtgärden till sin förman som omedelbart – om omhändertagandet inte redan upphört – har att pröva om omhändertagandet skall

bestå. Innebär förmannens beslut att den omhändertagne skall kvarhållas, skall förmannen skyndsamt underrätta polismyndigheten om omhändertagandet och om skälet till detta varefter polismyndigheten, snarast möjligt efter omhändertagandet, har att fatta det formella beslutet om omhändertagande enligt LVM.

Har socialnämnden redan ansökt om tvångsvård, får även *rätten* besluta att missbrukaren omedelbart skall omhändertas (13 § tredje stycket).

Även om det inte framgår av lagen förutsätts i dess förarbeten, att innan definitiv ställning tas till frågan om omhändertagande bör om möjligt missbrukaren undersökas av läkare bland annat för att utesluta att hans tillstånd beror på någon sjukdom som inte hänger samman med missbruk. Läkaren bör också lämpligen kunna ge råd om missbrukaren är i behov av omedelbar sjukhusvård (prop. 1981/82:8 s. 81). Undantag från kravet på läkarundersökning före beslut kan göras om ingripandet brådskar. En läkare bör i alla fall alltid kontaktas så snart som möjligt efter omhändertagandet. Före länsrättens prövning av omhändertagandebeslutet skall läkarundersökning regelmässigt kunna ha skett (prop. 1981/82:8 s. 81).

För ett beslut om omedelbart omhändertagande krävs, enligt 13 § första stycket 1, att det är *sannolikt* att missbrukaren kan beredas vård med stöd av LVM, dvs. att förutsättningarna i 4 § LVM är uppfyllda. Därutöver krävs, att rättsens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att missbrukaren kan antas få sitt hälsotillstånd allvarlig försämrat om han inte får omedelbar vård, eller på grund av att det föreligger en överhängande risk att han till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående (13 § första stycket 2). Gustafsson (2001, s. 460) betonar, att § 13-institutet inte kan komma i fråga enbart av sociala skäl eller om det föreligger en överhängande risk för annan än närstående.

Socialnämndens respektive polismyndighetens beslut skall enligt 15 § LVM genast underställas länsrätten i det län där ansvarig kommun är belägen (47 §). Polismyndigheten skall dessutom genast underrätta socialnämnden om sitt beslut eftersom det är nämnden som skall se till att den omhändertagne utan dröjsmål bereds vård i ett LVM-hem eller på sjukhus (19 § LVM). Den omhändertagne skall inte längre tid än absolut nödvändigt behöva vistas i polisens lokaler om polismyndigheten har fattat beslut och denne är vid ett omedelbart omhändertagande i regel i behov av omedelbara kvalificerade vårdinsatser. Genom underställningsreglerna, tillsammans med bestämmelserna om att missbrukaren utan

dröjsmål skall beredas vård på institution eller på sjukhus, bör den enskildes behov av rättssäkerhet och av omedelbar vård anses tillräckligt tillgodosedda (prop. 1981/82:8 s. 80 f).

Socialnämnden skall underrättas även om omhändertagandet sker under helger. Nämnden skall ha beredskap att handlägga dessa ärenden även under sådan tid (JO 1988/89 s. 96). Med *genast* avses snabbast möjliga handläggning med hänsyn till de föreliggande omständigheterna (prop. 1981/82:8 s. 82). I allmänhet kan beslutet och skälen för detta dokumenteras samma dag som det fattas. Nämnden eller den som annars har fattat beslutet bör därför redan samma eller påföljande dag kunna ge in beslutet till länsrätten (prop. 1987/88:147 s. 67). Även om det kan vara så att missbrukaren, vid socialnämndens beslut, faktiskt inte kan omhändertas förän beslutet redan är fattat, har det inte ansetts nödvändigt att ge socialnämnden längre underställningsfrist (prop. 1987/88:147 s. 98).

I samband med att omhändertagandebeslutet underställs länsrätten skall beslutande myndighet, om det inte möter hinder, låta den omhändertagne få del av handlingarna i ärendet samt underätta vederbörande om hans eller hennes rätt att yttra sig skriftligt till rätten inom en viss angiven tid, rätten att begära muntlig förhandling vid rätten samt om rätten att erhålla offentligt biträde. Den omhändertagne skall också upplysas om att domstolen kan komma att avgöra målet även om yttrande inte lämnas (16 § LVM). Kravet på underrättelse och upplysning gäller även när omhändertagandet har beslutats efter det att ansökan om beredande av vård har gjorts (prop. 1987/88:147 s. 99).

Efter underställningen skall länsrätten pröva om omhändertagandet skall bestå (17 § första stycket LVM) Om det inte finns skäl för omhändertagande skall rätten genast upphäva beslutet (17 § andra stycket LVM). I de fall ett beslut redan vid underställningen befinnes uppenbart ogrundat, bör rätten häva det genast oavsett om det är verkställt eller inte. I andra fall kan länsrätten efter en sådan preliminär prövning avvakta tills beslutet verkställts (prop. 1987/88:147 s. 68). Upphävs beslutet innebär detta, att den omhändertagne omedelbart skall få lämna behandlingshemmet eller, i förekommande fall, sjukhuset där han varit placerad.

För att inte omhändertagandet skall bestå längre tid än vad som är absolut nödvändigt måste, efter länsrättens fastställelse av beslutet, ansökan om vård göras skyndsamt. Därför har tiden, inom vilken socialnämnden har att ansöka om vård, bestämts till en vecka

(18 §). Tidsfristen har ansetts möjlig med hänsyn till att det i allmänhet är tillräckligt att inhämta uppgifter från missbrukaren själv och från olika myndigheter som missbrukaren varit i kontakt med (prop. 1981/82:8 s. 55 f). Inkommer inte ansökan inom den föreskrivna tiden skall länsrätten upphäva beslutet om omhändertagande (18 § första stycket LVM). Eftersom det kan vara svårt för både behandlingsinstitutionen och polismyndigheten att hålla reda på när ansökningstiden gått ut ankommer det på länsrätten att besluta om upphörande (prop. 1981/82:8 s. 57, 83).

4 Vårdens syfte och innehåll

4.1 Inledning

LVM-utredningen har inte primärt haft i uppdrag att göra en översyn av syftet med tvångsvården enligt 3 § LVM, men samtidigt har det stått utredaren fritt att också ta upp andra näraliggande frågor ”om de kan bidra till att de mest utsatta missbrukarnas vårdbehov tillgodoses och att deras rättssäkerhet stärks” (dir. 2002:10).

I detta kapitel belyses innebörden av tvångsvårdens syfte såsom det framgår av 3 § LVM och i förarbetena. Vårdens syfte är avgörande för principiella ställningstaganden om vårdens inriktning, uppdrag och vårdtidens längd. Mina förslag i denna del redovisas i kapitel 16.

4.2 LVM:s syftesbestämning

Både nuvarande och förutvarande LVM har som gemensam nämnare att motivera den intagne att frivilligt medverka till fortsatt behandling. I ursprungliga LVM (SFS 1981:1243) gavs emellertid ingen syftesbestämmelse i författningstexten, utan den fick sökas i Socialberedningens delbetänkande (SOU 1981:7). Beredningen framhöll i den allmänna motiveringen, att vården främst var avsedd att bryta en destruktiv utveckling och att den ”skall syfta till att ge den enskilde motivation och realistisk möjlighet att själv fortsätta att arbeta med problemen” (SOU 1981:7 s. 43).¹

Den av Socialberedningen föreslagna lagstifningen skulle inte enbart betraktas som en akutlag, utan man såg det som önskvärt att åstadkomma en vård ”som sträcker sig längre än till akuta nödsituationer och som syftar till att missbrukaren skall ges reella möjligheter att själv komma till rätta med sina problem”. Denna diskussion i Socialberedningens betänkande ska ses mot bakgrund av den

¹ Se även Socialstyrelsens allmänna råd 1982:6, s. 35.

intensiva debatt som hade pågått under en följd av år om tvångsvårdens legitimitet, innehåll och organisering; denna debatt gällde bland annat frågan om tvångsvården skulle ha karaktären av akutlag eller vårdlag.² Denna distinktion var och är väsentlig eftersom den i sin tur är avgörande för olika principiella ställningstaganden, exempelvis om vårdtidens längd. 1981 års LVM, som i huvudsak överensstämde med Socialberedningens förslag, brukar betecknas som en kompromiss mellan dessa två principiellt skilda synsätt på tvångets roll i missbrukarvården (SOU 1987:22 s. 251):

Grunderna har visserligen i huvudsak givits akutlagskaraktär men vårdtiderna är utformade så att klienten kan hållas kvar mot sin vilja längre än vad som normalt erfordras för det akuta vårdbehovet.³

Socialberedningen var medveten om att den föreslagna utformningen av LVM ”varken kan eller bör betraktas som en definitiv lösning på frågan om vård utan samtycke av vuxna missbrukare” och i avvaktan på en kommande utvärdering av socialtjänstreformen⁴ kan ”vissa detaljer /---/ betraktas som provisoriska” (SOU 1981:7 s. 28).

En första erfarenhetsbaserad uppföljning av LVM presenterades 1983 i Socialberedningens delbetänkande Ds S 1983:16, men i denna genomgång belystes inte närmare syftet med tvångsvården. Denna följdes upp genom en omfattande datainsamling och analys i beredningens slutbetänkande *Missbrukarna Socialtjänsten Tvånget* (SOU 1987:22). Beredningen konstaterade att frågan om ett s.k. akuttvång knappast var kontroversiellt, eftersom den enbart fick tillgripas i en för klienten livshotande eller nästintill livshotande situation. Den avgörande frågan var i stället om man *därutöver* kunde ha högre ställda behandlingsmål vilket ursprungliga LVM baserades på. Socialberedningen ansåg för sin del att detta var ett realistiskt mål, varvid man återopade behandlingsinstitutioner som

² Socialberedningen refererar till denna diskussion i SOU 1987:22, avsnitt 2.1.5 och kapitel 8. Bengt Börjeson och Leif Holgersson var båda aktiva i ”Samarbetskommittén för socialvårdens målfrågor”, och denna kommitté gav ut debattböcker av Holgersson (1978): *Socialvården – en fråga om människosyn* och Börjeson (1979): *Inre och yttre tvång – en principfråga vid vården av missbrukare*. I prop. 1987/88:147 konstaterade departementschefen att ”motsättningarna i frågan var starka under hela arbetet på socialtjänstreformen” (s. 36).

³ Enligt 16 § i 1981 års LVM kunde vårdtiden förlängas med högst två månader om det fanns ”synnerliga skäl”. I förarbetena nämndes som exempel allvarlig risk för ett snabbt återfall pga. den intagne saknar ordnade sociala förhållanden, t.ex. i form av bostad eller arbete. Beslut om förlängning fattades av LVM-hemmets styrelse.

⁴ Socialtjänstlagen (1980:620) trädde i kraft den 1 januari 1982. (Lagen upphörde att gälla den 1 januari 2002 i samband med nya SoL:s ikraftträdande, SFS 2001:453.)

tog emot klienter på frivillig grund samt behandlingskollektiv för unga missbrukare, och vars resultat ”entydigt (talar) för att det går att skapa en vilja till förändring även hos klienter som vid behandlingens inledningsskede saknar denna vilja eller har den bara i mycket begränsad utsträckning” (s. 260). Beredningen tog kraftigt avstånd från uppfattningen att vissa klienter var ”hopplösa fall” eller behandlingsresistenta. ”En sådan behandlingspessimism är varken etiskt eller sakligt sett försvarbar. Graden av behandlingsbarhet är föränderlig och påverkbar”, betonade man vidare.

Socialberedningen förordade en syftesbestämning som hade ett direkt stöd i författningstexten. I Socialberedningens slutbetänkande var det tydligt att man eftersträvade att utveckla en ny typ av ”behandlingsinriktad tvångsvård” (s. 352), men denna inriktning var inte lika klart uttalad i efterföljande proposition (prop. 1981/82:8). Beredningens förslag kom med en viss redaktionell modifiering att överensstämma med den slutgiltiga utformningen av 3 § i nuvarande LVM (SFS 1988:870). I 3 § föreskrivs:

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

Utifrån lagbestämmelsens utformning är det klart utsagt att behandlingsinsatser ska *påbörjas* under LVM-vistelsen under vilken klienten ska motiveras till *fortsatt* behandling på frivillig väg. Riksdags revisorerna hävdar i sin rapport *Med tvång och god vilja – vad gör Statens institutionsstyrelse?* (2002/03:RR9) att ”målsättningen med LVM är att motivera till fortsatt, frivillig behandling, *inte att behandla* [vår kursivering]”, och att det behandlingsarbete som bedrivs vid vissa institutioner skulle strida mot gällande lagstiftning:

LVM-institutionernas uppgift är inte att bota klienterna från sitt missbruk utan att motivera de intagna till att inleda behandling av sitt missbruk. /---/ Trots att det inte är den lagstadgade uppgiften, och trots att man inte kan förändra diagnosen med missbruk och psykiska störningar på några månader, vill man ändå att det ska vara någon form av behandling på institutionen. (2002/03:RR9, s. 75)

Riksdagens revisorers uppfattning att behandlingens insatser ”inte är den lagstadgade uppgiften” för LVM-hemmen baseras på en felaktig tolkning av syftesbestämningen och dess förarbeten. I förarbetena understryks i själva verket att behandlingsinsatser om möjligt

bör påbörjas medan den intagen är placerad på LVM-hemmet för att sedan fortsätta under § 27-placering och – i bästa fall – i efterföljande frivillig vård med stöd av socialtjänstlagen. Av förarbetena framgår att bestämmelsen i 3 § förutsätter en fortlöpande prövning av om klienten har blivit så motiverad ”att han bedöms klara fortsatt behövlig vård i frivilliga former” (SOU 1987:22 s. 368, prop. 1987/88:147 s. 90). Den slutgiltiga bedömningen gör föreståndaren för LVM-hemmet. Om syftet med vården bedöms vara uppfyllt före sexmånadersperiodens utgång ska föreståndaren omedelbart skriva ut klienten varigenom tvångsvården upphör (25 § LVM).

Det har ibland hävdats att formuleringen i förarbetena om ”vård i frivilliga former” skulle disharmoniera med 3 § LVM där det uttalas att syftet med tvångsvården är att motivera den intagne ”att frivilligt medverka till fortsatt behandling ---”. Enligt utredningens mening är det viktigt att klargöra, att om syftet med vården har uppnåtts ska den intagne skrivas ut från LVM-hemmet varvid tvångsvården upphör. Placering med stöd av 27 § innebär inte att syftet med vården har uppnåtts. Denna placering innebär *inte* att vården kan jämföras med frivillig vård med stöd av socialtjänstlagen. Placeringen avser just enbart ”vård i annan form” – inte frivillig behandling eller vård – eftersom LVM-hemmet genom dess föreståndare har en kvarstående befogenhet (s.k. retentionsrätt) att återföra klienten till LVM-hemmet ”om förutsättningar för vård i annan form inte längre föreligger” (27 § tredje stycket),⁵ vilket enligt SiS allmänna råd (1997:1) kan vara liktydigt med att ”klienten återfaller i missbruk eller på annat sätt visar att han inte klarar de krav som vården ställer” (s. 13).

4.3 Behov av strukturerat utredningsförfarande under LVM-vistelsen

4.3.1 Bakgrund

Resultatet av LVM-utredningens kommunenkät visar att många kommuner efterfrågar strukturerade utredningar inte bara om missbruket, utan också om förekomsten av psykisk störning, eller

⁵ Jfr Ekendahl (2001) som i sin avhandling konstaterar att ”tvångsintagna som accepterar en § 27-placering, väljer inte mellan institutionsvistelse och frihet, utan mellan fortsatt behandling verkställd med hjälp av *mer* eller *mindre* manifesterade tvångsbefogenheter ---” (s. 39).

förekomst av eventuellt demenstillstånd hos den enskilde klienten (se vidare kapitel 13).

Den mest frekventa kommentaren till delfråga 8 i enkätformuläret, dvs. om samarbetet mellan socialtjänst och LVM-hem, går bland annat ut på att man anser att "LVM-hemmets metoder för kartläggning och utredning av klienterna måste förbättras". Kommunernas kritik mot LVM-hemmen handlar om:

1. att LVM-institutionerna inte klarar att göra kvalificerade utredningar,
2. att det ofta saknas strukturerade metoder för motivationsarbete,
3. att det ofta saknas meningsfulla och strukturerade behandlingsinslag

Det finns ett starkt samband mellan punkterna 1 och 2 ovan. Utan en kvalificerad utredning kan inte en *långsiktig vårdplan* utarbetas, vilket försvårar det motivationsarbete som LVM-institutionen ska bedriva. Inte heller kan en mer *konkret behandlingsplan* utformas som tar hänsyn till patientens individuella problem.

Ett strukturerat utredningsarbete är – visar erfarenheter från Karlsviks LVM-hem och Runnagården – i sig självt ett synnerligen kraftfullt motivationsinslag, under förutsättning att det genomförs i dialog med den enskilde klienten.⁶ Utredningskravet svarar även mot klienternas ofta berättigade klagomål att tiden på LVM-hemmet inte utnyttjas mer effektivt. Under avsnitten 4.3.2–4.3.3 redovisas hur *strukturerade utredningsinsatser* bedrivs med två klientgrupper vid LVM-hemmen. Avsikten är inte att göra en fullständig inventering av behovet av olika typer av kvalificerade utredningar som underlag för diagnostik för de fortsatta behandlings- och vårdinsatserna, utan snarare belysa frågan om LVM-vårdens uppdrag och ansvar i detta avseende. Syftet med den strukturerade utredningen är dels att täcka in ett brett psykiatriskt panorama, dels undersöka förekomsten av somatisk och social problematik. Genom dessa utredningar finns möjlighet att ställa en korrekt diagnos som är helt avgörande för kommande insatser och för inriktningen av den individuella behandlingsplanen.

⁶ Billinger (2000) nämner i sin avhandling att det vid ett av de undersökta LVM-hemmen användes olika former av psykologiska terster under utredningsfasen, men resultatet kommunicerades inte med klienten; "det var psykologerna som 'ägde' utförandet och tolkningen av dem" (s. 201).

Björn Sallmén (1999) har i sin avhandling om klienter intagna vid Karlsviks LVM-hem visat att 60 procent tidigare hade behandlats inom psykiatrin i Malmö. Av dessa hade endast 30 procent blivit utredda i psykiatriskt hänseende. Slutsatsen är att klienter med allvarliga missbruksproblem som samtidigt har en psykisk problematik i stor utsträckning passerar outredda. Samma situation har påvisats i en studie från Östersund (Tärnegård 2000): I en aktstudie som genomfördes i Östersund kommun hade totalt 26 missbrukare valts ut utifrån socialtjänstens bedömning att dessa klienter hade den tyngsta och svåraste problematiken. Samtliga hade antingen varit inskrivna inom vuxenpsykiatrin eller uppvisade tydliga tecken på en psykiatrisk problembild utifrån beskrivningen i socialtjänstakterna. Trots detta hade endast *en* klient i undersökningsgruppen genomgått en psykiatrisk utredning och därtill fått en behandlingsplan som var anpassad till den dubbla problematiken. Endast denne klient uppvisade för övrigt en positiv utveckling, vilket naturligtvis inte enbart kan förklaras med en fullgod psykiatrisk utredning. Övriga 25 i undersökningsgruppen i Östersund fortsatte med sitt missbruk, trots upprepade tillfällen av LVM-vård.

I olika sammanhang riktas det kritik mot psykiatrin för att den genomför så få utredningar av patienter med en samtidig beroendeproblematik och psykisk sjukdom/störning. Skälet härtill är att en sådan undersökning förutsätter att patienten är nykter eller drogfri under en längre tid, då det gäller det att kunna skilja ut effekterna av psykisk sjukdom från effekterna av rus och abstinensproblem. För att genomföra en strukturerad klinisk intervju, exempelvis SCID, bör vederbörande dessförinnan ha varit nykter 3–4 veckor.

Ingen klient kan tvingas genomgå en viss behandlingsinsats eller utredning. Erfarenheterna från Runnagårdens LVM-hem – som särskilt vänder sig till kvinnor med ett utagerande beteende eller svår psykiatrisk störning – visar emellertid att endast 5–10 procent av de klienter som är intagna med stöd av 4 § LVM har avböjt att delta i denna typ av utredning. Intresset att få delta är tvärtom stort från klienternas sida.

4.3.2 Äldre klienter med ett långvarigt och fortgående alkoholmissbruk

Inom Statens institutionsstyrelse har LVM-hemmet Östfora specialiserat sig på att ta emot äldre män (50 år och därutöver) med ofta ett långvarigt alkoholmissbruk bakom sig. Detta LVM-hem är inte i första hand inriktat på behandlinginsatser, utan på att tillgodose denna klientgrupps stora omvårdnadsbehov. Östfora har en utbyggd sjukvårdsavdelning med sjuksköterskebemanning dygnet runt. Institutionen är vidare helt handikappanpassad.

I åtskilliga fall efterfrågas demensutredning för att kunna fastställa klientens framtida behov av behandling och omvårdnad.

4.3.3 Klienter med samtidig psykisk problematik och missbruk

Klienter med en samtidig missbruks- och psykisk problematik benäms ibland dubbeldiagnos-patienter. Men som bland annat forskarna Arne Gerdner och Örjan Sundin har framhållit är detta begrepp närmast en skönmålning av verkligheten. ”I själva verket har man inom respektive disciplin inte sett vidden av patienternas problem eftersom strukturerad diagnostik sällan används. Patienterna har inte getts några diagnoser alls, och följaktligen inte heller några ’dubbla diagnoser’”, framhåller Gerdner och Sundin i sitt inledande kapitel till antologin *Dubbeltrubbel* (1998).

En omfattande befolkningsstudie som genomfördes under 1980-talet i USA visade att nästan 20 procent av befolkningen någon gång uppfyller diagnoskriterierna för psykisk sjukdom eller störning.⁷ Denna har senare följts av ytterligare en omfattande befolkningsstudie.⁸ Docent Agneta Öjehagen (1998) vid Lunds universitet har rapporterat att man kan iaktta närmast en fördubbling av andelen jämfört med befolkningen som helhet, oavsett om det handlar om psykisk störning hos personer med missbruksproblematik eller missbruk hos människor med en psykisk störning/

⁷ För en diskussion och skillnaden mellan psykisk sjukdom och psykisk störning, se vidare Socialstyrelsens underlagsrapport *Vad är psykisk sjukdom, störning, ohälsa och psykiskt friskt?* (Psykiatriuppföljningen 1997:20.) Frågan kommenteras också i Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149), där det framhålls att ”det psykiatriska sjukdomsbegreppet är otydligt” (s. 42).

⁸ Agneta Öjehagen och Mats Berglund ger en kortfattad redogörelse för dessa två befolkningsstudier i artikeln ”Psykiskt störda missbrukare” som ingår i antologin *Behandling av alkoholproblem – en kunskapsöversikt*, utgiven av CUS vid Socialstyrelsen (2001).

sjukdom. Missbruk är vanligt förekommande vid alla former av psykiatriska tillstånd men är vanligast vid schizofreni och manodepressiva tillstånd. För narkomaner är andelen ännu högre.⁹ Det är numera ett obestridligt faktum att denna form av samsjuklighet leder till ett väsentligt ökat hjälpbehov, ett svårt lidande och ett sämre förlopp med stor risk för utslagning och för tidig död (Socialstyrelsen 1999a och 1999b, Öjehagen 1998 och 1999).

Begreppen psykisk sjukdom och psykisk störning saknar enhetliga definitioner. En enkät som Socialstyrelsen (1997b) genomförde inom ramen för den nationella uppföljningen av Psykiatireformen visade, att t.o.m. psykiatrikernas egna definitioner hade en stor variation, men det fanns trots allt en samstämmighet om att *psykisk sjukdom* avsåg "psykiatriska tillstånd med allvarlig avvikelse från det normala". *Psykisk störning* är ett mer generellt begrepp som inbegriper psykisk sjukdom men också andra psykiska tillstånd, exempelvis personlighetsstörning.

Inom Statens institutionsstyrelse kan man med hjälp av DOK-systemet få information om klienternas bakgrund.¹⁰ För år 2000 redovisas data för 970 klienter av vilka 661 har intervjuats i anslutning till intagningsstillfället (68 %).¹¹ Närmare 40 procent av de intervjuade angav svårigheter med att kontrollera våldsamt beteende eller att de hade haft allvarigt menade självmordstankar; var tredje rapporterade att de gjort självmordsförsök (andelen för kvinnor var något högre än motsvarande för män). Vidare uppgav 67 procent i intervjugruppen att de under de senaste 30 dagarna före inskrivningen på LVM-institution hade upplevt psykiska problem.¹²

I SiS verksamhetsplan för 2003 anges att en hög andel av intagna på LVM-hemmen även uppvisar en psykisk problematik.¹³ Sallmén (1999) har exempelvis i en studie om intagna vid Karlsviks LVM-hem visat att 61 procent av de intagna alkoholmissbrukarna hade en aktuell psykiatrisk diagnos.¹⁴ Det finns ytterligare fem svenska

⁹ Detta avsnitt baseras i huvudsak på Öjehagen (1998), Öjehagen och Berglund (2001) och Sallmén (1998, 1999).

¹⁰ Insamlingsförfarandet baseras på klientintervjuer.

¹¹ "Bland de klienter som intervjuats fanns fler frivilligt inskrivna. Bland de klienter som inte intervjuats var fler omedelbart omhändertagna enligt 13 § LVM" (s. 11). Det påpekas i *Årsrapport DOK 00* att bortfallet är negativt selekterat, dvs. att de som *inte* har intervjuats har allvarigare problem än de som intervjuats.

¹² SiS anger i *Årsrapport DOK 00* att med psykiska problem avses allvarliga psykiatriska symtom.

¹³ För klienter med en svår psykiatrisk problembild och/eller som är våldsbenägna är det framför allt fyra LVM-hem som används för män (Frösö LVM-hem, Älvgården, Hornö LVM-hem och Gudhemsgården) och ett för kvinnor (Runnagården).

¹⁴ Jfr Palmstiernas (1994) undersökning vid numera nerlagda LVM-hemmet Salberga.

undersökningar som berör detta, vilka Arne Gerdner redovisar i en uppsats i betänkandets separata forskningsvolym (se tabell 3, s. 323, i nämnda volym).

4.4 Bristen på samverkan mellan psykiatri och socialtjänsten

4.4.1 Allmänt

Bristen på samverkan mellan psykiatri och socialtjänst är ett återkommande tema som har påtalats under en följd av år. Även om människor med en kombinerad svår missbruks- och psykiatrisk problematik ofta är kända båda inom socialtjänsten och vuxenpsykiatri, är det sällan att frågor om missbruk eller psykisk störning handläggs integrerat eller i samordning mellan huvudmännen. Vissa landsting och kommuner har dock sedan psykiatrireformens genomförande byggt upp och utvecklat gemensamma insatser för målgruppen; se vidare nedan.

I sitt betänkande om regeringens förslag till Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) uttalade socialutskottet bland annat följande:

En annan utsatt grupp är de psykiskt funktionshindrade som har både somatiska och psykiatriska vårdbehov som inte uppmärksammas tillräckligt. Psykiatri, socialtjänsten och primärvården måste enligt utskottet genom sin samlade kompetens i samverkan skapa ett fungerande stöd för psykiskt funktionshindrade. Behovet är särskilt stort för personer med psykiska problem och samtidigt missbruk. (bet. 2000/01:SoU5 s. 31)

Handlingsplanen antogs av riksdagen i oktober 2000. Socialstyrelsen ansvarar för den nationella uppföljningen av handlingsplanen och publicerar sedan 2002 en årlig rapport om resultatet av denna uppföljning. Hittills har man inte närmare berört gruppen psykiskt funktionshindrade med tung missbruksproblematik trots socialutskottets särskilda uttalande.

För den aktuella målgruppen poängterade regeringen i propositionen som föregick nuvarande LVM (prop. 1987/88:147), att det inte fick råda någon tvekan om att psykiatri hade ett självklart vårdansvar för patienter vars missbruk var en del av en tyngre psykiatrisk problematik. ”Frågan om samverkan mellan socialtjänsten och psykiatri bör ägnas särskild uppmärksamhet”, framhöll

departementschefen (s. 28). I Psykiatriutredningens delbetänkande *Psykiskt stördas situation i kommunerna – en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv* (SOU 1992:3) redovisades resultatet av en enkätundersökning enligt vilken det fanns en genomgående kritik från socialtjänsten över att psykiatrin inte ger tillräckligt stöd vad gäller bedömning och behandling av patienter/klienter med s.k. dubbla diagnoser. Denna situation har inte nämnvärt förbättrats sedan psykiatireformens genomförande, vilket var en av många anledningar till att regeringen i oktober 2003 tillsatte en nationell psykiatrisamordnare (dir. 2003:133). I direktiven framhålls bland annat, att ”missbrukare med omfattande psykiska funktionshinder utgör en av samhällets mest utsatta grupper. Ett väl anpassat samhällsstöd ställer krav på en gemensam planering av insatserna mellan främst landsting och kommun samt i förekommande fall också med Statens institutionsstyrelse. Det finns dock brister i samordningen.”

I Psykiatriutredningens slutbetänkande påpekades, att ”allmänpsykiatrin har många gånger dålig kunskap när det gäller missbrukare och hänskjuter ofta även psykiskt svårt störda och t.o.m. psykotiska patienter till hem för vård eller boende, som i sin tur inte sällan avvisar dem” (SOU 1992:73 s. 422). Utredningen föreslog bland annat att ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting borde förtydligas och att vårdinsatserna borde förstärkas. Inom ramen för Socialstyrelsens utvärderingsprojekt av Psykiatireformen genomfördes en treårig försöksverksamhet på tio orter för att pröva olika samverkansmodeller när det gäller personer med en kombinerad missbruks- och psykisk problematik. Verksamheterna utvärderades och redovisades 1999 av docent Agneta Öjehagen (Socialstyrelsen 1999b), som därefter också har gjort en femårsuppföljning vilken kommer att publiceras under 2004. Ett resultat av uppföljningen är att det sedan dessa verksamheter påbörjades har man kunnat notera positiva förändringar hos patienterna i form av minskad problemtynghet och hjälpbehov, färre psykiska symtom, förbättrad livskvalitet och s.k. global funktion.¹⁵ Den förbättring som emellertid kan noteras vid femårsuppföljningen har dock huvudsakligen skett under projekttiden, dvs. under de första 1,5 åren. För gruppen som helhet finns en mycket förhöjd dödlighet i förhållande till befolkningen i allmänhet (närmare 8 gånger). Även om många efter fem år har blivit missbruksfria kvarstår deras behov

¹⁵ Global funktion innebär ett övergripande mått på social funktionsförmåga med stark tonvikt på sociala relationer. GAF-skalan ingår som femte dimensionen i DSM-IV.

av stöd och behandling inom andra problemområden; många har bland annat somatiska sjukdomar.

Till följd av bland annat Barnpsykiatrikommitténs och Psykiatriutredningens arbete och påpekanden om bristande samverkan mellan olika huvudmän tillsatte regeringen i maj 1999 Samverkansutredningen (dir. 1999:42) med generaldirektör Kerstin Wigzell som särskild utredare. Utredningens betänkande *Samverkan* (SOU 2000:114) låg bland annat till grund för regeringens förslag om samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet (prop. 2002/03:20). Riksdagen ställde sig i maj 2003 bakom förslaget (bet. 2002/03:SoU12, rskr 2002/03:158), vilket innebär att det fr.o.m. den 1 juli 2003 är möjligt för kommuner och landsting att samverka i en gemensam nämnd för att som gemensam huvudman fullgöra uppgifter inom vård- omsorgsområdet som annars åvilar landstinget eller kommunen.¹⁶ Denna samverkan kan även avse frågor om tvångsvård enligt LVM, LVU, LPT och LRV.¹⁷

4.4.2 "Dubbel diagnos"-klienter inom LVM-vården

Mellan psykiatrin och LVM-vården finns generellt sett stora brister i samverkan, vilket också framkom vid socialutskottets offentliga utfrågning om psykiatrin i november 2001 (2001/02:URD1). Den bild som framträder är en exkluderande attityd från psykiatrins sida gentemot personer med tungt missbruk i förening med psykisk störning/sjukdom. Samma sak har CUS expertgrupp för missbrukarvård (2000) framhållit i en antologi som särskilt belyser behandling av alkoholproblem. Även i Socialstyrelsens rapport *Psykiskt störda missbrukare* (1996b) konstateras, att:

Idag hänvisas i många fall missbrukare i behov av sluten psykiatrisk vård till LVM-institutioner. Dessa saknar ofta den psykiatriska kompetens som är en förutsättning för att erbjuda individen en adekvat behandling. Arbetet med att differentiera vården vid LVM-hemmen pågår, och kompetensen att möta de psykiskt störda missbrukarna ökar. Denna utveckling befriar dock inte psykiatrin från dess ansvar. (s. 30)

¹⁶ Kommuner och landsting har sedan den 1 augusti 1997 möjlighet att bilda gemensamma nämnder (3 kap. 3a § KL), men varje samverkande kommun eller landsting är fortfarande huvudman för de frågor som de lagt på den gemensamma nämnden att sköta. Genom lag (2003:192) finns möjlighet att låta den gemensamma nämnden som *huvudman* fullgöra vissa av landstingets respektive kommunens uppgifter.

¹⁷ Se vidare SOU 2000:114 s. 172 ff.

4.5 Motivations- och behandlingsarbete

Det finns en avgörande skillnad mellan å ena sidan motivation till behandling och å andra sidan motivation till förändring. "Motivation till behandling är inte samma sak som motivation att upphöra med drickandet, trots att dessa är relaterade till varandra. Man kan vara motiverad till att sluta dricka utan att för den sakens skull acceptera professionell hjälp. Man kan vara motiverad att acceptera behandling med helt andra mål i sinnet än att upphöra med drickandet", konstaterar Gerdner och Holmberg (2000). Denna distinktion är väsentlig att upprätthålla, och motivationsarbetet påverkas av vilken inriktning som detta arbete ska ha. En klient kan mycket väl vara motiverad till att genomgå en behandlingsinsats, men det innebär inte att han eller hon är motiverad till en genomgripande förändring.

Oavsett om man utgår från att motivera till en mer långsiktig beteendeförändring eller att motivera till den mer kortsiktiga förändringen att acceptera att delta i behandling, är det uppenbart att motivationsarbete är en integrerad *del i* behandlingen – inte en fas som föregår behandling.

4.5.1 LVM-hemmens betoning på motivations- eller behandlingsarbete

I diskussionen kring vårdens syfte har det under en följd av år pågått en intern diskussion inom LVM-vården om dess uppdrag. Under 1998 fördes en diskussion mellan LVM-institutionerna huruvida deras uppdrag handlade om att behandla missbrukaren eller om det i stället skulle begränsas till motivationsarbete. Debatten kom till uttryck i två debattartiklar i SiS tidskrift *SiStone*. En psykolog, Bo Axelsson vid Hornö LVM-hem, var av uppfattningen att det inte är möjligt att rehabilitera människor med identitetsproblem som tar sig uttryck i kriminalitet och missbruk inom ramen för LVM "även om en del institutioner både önskar och tycks tro att så skulle vara fallet" (*SiStone* nr 1/1998). Sådana föreställningar leder till frustration och besvikelse, ansåg han. LVM-vården måste i stället se klienten "ur ett mer långsiktigt perspektiv även om detta går stick i stäv med samhällets och kommunernas ekonomiska tänkande och ramar". Detta ställde krav på mer långsiktig institutionsbehandling än vad som kan genomföras under

LVM, och kortsiktiga öppenvårdsprogram är inte realistiska för denna grupp. Det innebär emellertid inte att LVM vården skulle sakna betydelse, menade Bo Axelsson:

Det är inte öppenvård, tolvstegsprogram eller för den delen psykoterapi som de behöver. Klienterna behöver snarare hjälp med att hindras från självdestruktivitet och mot att skada sig själv och andra. Den höga graden av slutenhet och kontroll initialt är därför nödvändig för att bistå med hjälp mot utagerande och självdestruktivitet. /.../ kanske man borde tala om 'motivationsbehandling'. /.../ I praktiken innebär det att strukturen kan fungera som ett system som fångar upp och gör ångest och konflikter hanterbara. Det är således regler, rutiner, schema – verksamhetens innehåll – som är det terapeutiskt verksamma och motivationsskapande om detta anpassas efter klienternas psykologiska förutsättningar och behov. Yttre struktur och kontroll som kompensation för inre brister.

Motivationsarbetet måste då handla om långsiktighet, fasthet och tolerans för misslyckanden. "Motivation är således något som uppstår som ett resultat (för att inte säga biprodukt) av den 'goda' LVM-vistelsen", avslutade Axelsson sin artikel.

Den andra ståndpunkten i denna diskussion representerades av Harriet Lundefors, institutionschef vid Rällsögården (SiStone nr 2/1998). Hon tog upp frågan om motivationsarbete eller behandling. "Det handlar inte om antingen eller utan om både och", slog hon inledningsvis fast, men framhöll att målgruppens behov är skiftande och att "LVM-institutionerna bör kunna erbjuda olika former av LVM-vård som omvårdnad, motivation och behandling". Hon instämde i att det var orealistiskt att klienten efter LVM-vistelsen skulle kunna leva drogfri resten av sitt liv och att den psykiska störningen skulle botas, men pekade på andra mål för behandlingen:

Om man i stället menar att ett gott behandlingsresultat är att klienten har lärt sig känna igen sitt missbruksmönster (drogens funktion, försvarsmekanismer, återfallsmekanismer hos sig själv osv.) och upplever att han/hon har fått redskap att kunna handskas med dessa efter utskrivningen, då tycker jag att det finns en mening med behandling. Utifrån vårt sätt att se LVM-vård finns det ingen anledning att vänta med behandling till klienten är 'tillräckligt motiverad' för behandling i annan form. Konsekvenserna kan vara att klienten aldrig får behandling.

Lundefors instämde i vikten av en fungerande yttre struktur:

Det verkar som om det inre tvånget att droga är så stark, att det yttre tvånget med LVM ibland känns som en lättnad. Det innebär att klienten kan börja delta i behandling då det yttre tvånget minskar möjligheten att droga. /.../ Man kan även se behandling under LVM-tiden som en rättvisefråga. Missbrukare och LVM-klienter i synnerhet är en lågprioriterad grupp i samhället. Klienterna har ett långvarigt missbruk bakom sig med många sociala, fysiska och psykiska konsekvenser som följd. LVM-klienter och även vissa SoL-klienter kräver det strukturerade behandlingsprogram och den personaltätthet som ett LVM-hem kan erbjuda.

Institutionschefen pekade slutligen på att kommunerna ofta av ekonomiska skäl planerade en återgång till kommunens öppenvårdsinsatser och inte till institutionsvård på frivillig väg. ”Det gör det extra viktigt att några LVM-hem kan erbjuda behandling under LVM-tiden, för att denna målgrupp överhuvudtaget ska få *någon* form av behandling för sitt beroende.”

I samband med utredningens besök på olika LVM-hem genomfördes en gruppintervju vid Karlsviks LVM-hem med några bland behandlingspersonalen. På frågan om gränsdragningen mellan behandlings- och motivationsarbete framförde en av respondenterna följande:

Motivation kan ibland vara en form av behandling – att motivera någon. Det kan vara *Motiverande samtal* ... skiljer sig knappt från ett behandlingssamtal. Sen tror jag att det är viktigt att man har det så, för vissa personer kräver lite mer än att bara få komma fram till ståndpunkten om att gå på behandling. /---/ De behöver en viss form av behandling. Men det är ju fortfarande så att man kanske skulle vara tydligare mot socialtjänsten att det här i grunden är ett motivationshem. Sedan kan vi utföra en viss form av behandling. Jag tror att socialassistenter uppfattar detta som ett renodlat behandlingshem och det där blir lite tokigt ibland.

Det är tydligt att det bland behandlingspersonal och nyckelpersoner vid LVM-hemmen finns olika utgångspunkter inte bara om LVM, utan också om innebörden av begreppet behandling. Medan ovan refererade psykolog har en psykodynamisk grund med fokus på personlighetsutveckling, ser institutionschefen behandling mer i ett kognitivt och beteendevetenskapligt perspektiv med större fokus på missbruket i sig men också på anpassningsstrategier för att hejda utagerande beteenden. Det tycks föra dem till olika ståndpunkter om vad som är möjligt relativt kortsiktigt och i vilken

utsträckning som vården kan struktureras inte bara till sin yttre form utan också till sitt innehåll.

Utifrån LVM-hemmens egen beskrivning av sin verksamhet är deras betoning på motivation respektive behandling följande:¹⁸

LVM-hem	Behandling/motivation
<i>För män:</i>	
Frösö	Miljöterapeutiskt arbetssätt, motivationsarbete, färdighetsträning, enskilda stödsamtal.
Gudhemsgården	Social träning, omvårdnad, enskilda stödsamtal.
Hessleby	Motivation och miljöterapeutisk behandling utifrån ett kognitivt förhållningssätt.
Hornö	Motivationsarbete.
Karlsvik	Psykosocialt motivationsarbete utifrån ett kognitivt/eklektiskt förhållningssätt.
Renforsen	Motiverande interju (MI), lösningsfokuserat arbete, nätverksarbete
Rällsögården	Strukturerat behandlingsprogram utifrån ett kognitivt förhållningssätt, motiverande intervju (MI). Behandlingsprogrammet består bland annat av strukturerade behandlingssamtal, föreläsningar, temagrupper, återfallsprevention.
Älvgården	Tolvstegsbaserad behandling. Motivationsarbete i grupp och enskilt.
Östfora	Somatisk och psykiatrisk sjukvård och omvårdnad, inslag av geriatrik och demensvård. Campralprogram. Subutexinställning.
<i>För kvinnor:</i>	
Ekebylund	Motivationsarbete utifrån en miljöterapeutisk/ansvarspedagogisk rammodell. Tyngdpunkten i behandlingen bygger på relationellt skapande arbete mellan klient och behandlingsassistent.
Fortunagården	Tyngdpunkten i behandlingen bygger på relationellt skapande arbete mellan klient och behandlingsassistent. Motiverande samtal (MI), nätverksarbete. Återfallsprevention.
Lunden	Miljöterapeutiskt arbetssätt. Olika behandlingsstrategier utifrån ett eklektiskt förhållningssätt.

¹⁸ Internt arbetsmaterial från Statens institutionsstyrelse, 2003.

Rebecka	Eklektiskt förhållningssätt. Olika behandlingsstrategier med fokus på övergreppsproblematik, ätstörningar och gravida kvinnor.
Renforsen	Motiverande samtal (MI), lösningsfokuserat arbete och nätverksarbete.
Runnagården	Tolvstegsbaserad behandling för klienten med dubbeldiagnosproblematik. Behandlingsarbetet består av föreläsningar, gruppverksamhet och enskilda samtal.

Av LVM-hemmen är det enbart Rällsögården, Älvgården och Runnagården som använder sig av ett *strukturerat* behandlingsprogram, vars utfall har utvärderats av disputerade forskare.¹⁹ Flera institutioner använder sig framför allt av ett miljöterapeutiskt förhållningssätt, som emellertid inte är ett entydigt begrepp, men som har sin bas i betoningen av olika funktioner i den psykosociala miljön som ett terapeutiskt värde (Segraeus 1993, Hagqvist & Widinghoff 2000). Ett LVM-hem (Östfora) har som inriktning sjukvårdande och omvårdande insatser, vilket hänger samman med att klienterna huvudsakligen består av äldre missbrukare med allvarliga somatiska och psykiatriska komplikationer. Oavsett om tyngdpunkten ligger på behandlings- eller motivationsinsatser används vissa metoder av alltfler LVM-hem, framför allt *Motiverande samtal* (MI).²⁰ Personalen vid olika LVM-hem genomgår fortlöpande en särskild utbildning och inskolning i detta arbetssätt som på kort tid har fått ett oerhört starkt genomslag inom missbrukarvården som helhet, vilket kanske säger något om dess trendkänslighet.

Som framgår av ovannämnda uppställning används vid LVM-hemmen ett brett urval av metoder, som i vissa fall är teoribaserade och i vissa fall inte är det. I detta sammanhang kan nämnas att Riksdagens revisorer (2003c) i den tidigare nämnda rapporten riktade stark kritik gentemot Statens institutionsstyrelse för att LVM-hemmen, enligt revisorernas bedömning, avvänder sig av metoder som saknar vetenskapligt stöd varför man föreslog att SiS som myndighet i större utsträckning skulle styra institutionernas be-

¹⁹ Runnagården: Gerdner (1998). Lunden och Älvgården: Gerdner (2000). Rällsögården: Möller, Gerdner & Oscarsson (1998). Älvgården: Bergmark (1994).

²⁰ MI är en evidensbaserad metod som utvecklats av Miller & Rollnick (1991), vilken anknyter till Proschaskas & DiClementes transteoretiska modell för förändringsprocesser. Bergmark och Oscarsson (1999) anser att vare sig Proschaska och DiClementes eller Miller och Rollnicks modeller "kan betraktas som 'empiriskt säkerställd' i den meningen att de understöds av entydiga resultat från empiriska undersökningar" (s. 209). Författarna är något ambivalenta till att implementera dessa båda modeller inom tvångsvården, men kan se fördelar att så ändå sker (vid tidpunkten för artikeln tillämpades inte MI vid LVM-hemmen).

handlingsinriktning.²¹ Vad som i grunden utgör evidensbaserade metoder råder det emellertid stor oenighet om inom forskarvärlden.²²

4.5.2 Motivations- och behandlingsbegreppen

Motivation och motivationsarbete

LVM-hemmens skiftande fokus leder till en stundtals förvirrad debatt om innebörden av motivation respektive behandling. Kajsa Billinger (2000) menar utifrån fokusgruppsintervjuer som hon har haft med personalgrupper vid fyra LVM-hem, att personalen inte kunde "skilja ut särskilda interventioner eller metoder" som tydligt avgränsade motivationsarbetet från behandling. Personalen ansåg "att allt man gjorde var motivationshöjande" (s. 196).

Mats Ekendahl (2001) har i sin avhandling studerat klienters motivation under pågående LVM-vistelse, och han placerar motivationsarbetet i "tvångsvårdens så kallades 'black box', det vill säga vara något som utförs någon gång under vistelsen men som inte kan vare sig uppfattas, dokumenteras eller till fullo förstås av utomstående" (s. 296). Ekendahl nämner vidare i sin undersökning, närmast som något uppseendeväckande, att klienterna under sin pågående LVM-placering "ofta saknade erfarenhet av och sällan nämnde specifikt motivationsfrämjande insatser". Denna inställning delas däremot inte av professor Åke Bergmark som i en essä över motivationsbegreppet betonar, att motivation "inte bara är svårfångat rent definitionsmässigt, utan att det också finns en mängd olika sätt att närma sig det" (Bergmark 1998, s. 102).

Forskaren och psykologen Björn Sallmén framhåller i en kommande forskningsrapport, att den förda debatten om å ena sidan behandlingsarbete och å andra sidan motivationsarbete huvudsakligen kan förklaras med att "man vetenskapsteoretiskt och ideologiskt fortfarande strävar efter att hitta begreppens 'innersta' eller 'sanna' essens". Detta kan leda till att personal på LVM-hemmet kan ställa en fråga som: "... är detta jagstödande samtal kring kli-

²¹ Riksdagens revisorer 2002/03:RR9, avsnitten 2.3–2.4.

²² Se exempelvis Sven-Axel Månsson: "Att förstå sociala insatser värde", *Nordisk Socialt Arbeid*, nr 2/2003, s. 73–80; Jan-Håkan Hansson "Om en kunskapsbaserad socialtjänst", *Nordisk Socialt Arbeid*, nr 4/2003, s. 194–300; Anders Bergmark: "Om den evidensbaserade missbrukarvårdens retorik och praktik", *Nordisk alkohol & narkotikatidskrift* nr 2/2001, s. 175-180.

entens psykiska hälsa av motiverande eller av behandlande karaktär?” (Sallmén 2004, kommande.)

Håkan Jenner (1987) understryker i sin framställning om motivation hos klienter och behandlare, att motivation är en inre drivkraft, grundad i behov, önskningar och förväntningar vilken utlöser beteenden eller handlingar riktade mot vissa mål som kan vara yttre eller inre. Motivation handlar inte blott och enbart om klientens ”vilja”, utan påverkas i hög grad av följande faktorer:

- Målet – det ska ligga inom möjligheternas gräns. Om det ligger långt bortom horisonten kan det verka ouppnåeligt, och därför är det väsentligt att sätta upp delmål i stället för att enbart fokusera på slutmålet. Jenner (1987) förespråkar en ”realistisk ambitionsgrad” – inte för låg, men inte heller för hög;
- Uppnåendets värd – den enskildes uppfattning om hur eftersträvansvärt målet är;
- Misslyckandets sannolikhet – den enskildes bedömning av sina möjligheter att uppnå målet (Jenner 1987, s. 27).

Motivation bör studeras under ett längre tidsförlopp och vad som då är tydligt är att klienter med svåra missbruksproblem inte sällan uppvisar en ambivalent hållning till att exempelvis påbörja och/eller stanna kvar i en behandlingsinsats syftande till att förändra sin livsstil och sitt beteende. Trots detta är det inte ovanligt att etikettera klienter såsom *motiverade* eller *omotiverade*. Denna indelning är inte bara oetisk utan också sakligt sett felaktig. En person som idag har förklarat sig vara motiverad att genomgå en frivillig behandlingsinsats kan i morgon vara ointresserad för att nästkommande dag återigen vara positivt inställd. Samma sak gäller en klient som idag motsätter sig behandling kan nästa vecka ha ändrat inställning.

Ambivalensen är med andra ord ett normalt tillstånd, eftersom missbruket har fyllt många viktiga psykologiska funktioner och en förändring mot nykterhet och drogfrihet kan framstå som ett för den enskilde riskfyllt företag (Volckerts 1998). Melin och Näsholm (1998) nämner många olika faktorer som påverkar den enskildes ambivalens, däribland: den enskildes egen bedömning av sin aktuella situation, värdering av drogens positiva och negativa effekter, värdering av eventuellt andra alternativ, den egna självbilden, inre föreställningsvärld, osv. I en brukarundersökning av narkotikamissbrukares livsvillkor och värderfarenheter påpekar forskarna Kristiansen och Svensson (2003) att denna ambivalens också kan

bero på en besvikelse över vad "det vanliga livet" har att erbjuda: "När Jakob /---/ kontrasterar sitt aktiva liv som narkoman med 'pensionärstillvaron' i hans lilla sociallägenhet så är det en högrisk-situation för återfall som vi får tal del av" (s. 27).

Som Bergmark och Oscarsson (1999) har påpekat "torde (det) inte råda någon större tvekan om att ambivalens utgör ett centralt inslag i problem som ofta bokförs under rubriken 'bristande behandlingsmotivation' ". Denna etikettering kan användas om en klient som inte vill eller avböjer erbjudande om en viss behandlingsinsats, men vad som är väsentligt att betona är att motivation i hög grad är kontextbunden. Klienten kan vara avvisande till en viss given insats men inte till en annan.

Ett enskilt tillsynsändande som utredningen har tagit del av berör just detta förhållande:²³

Länsstyrelsen ansåg att det var anmärkningsvärt att socialnämnden fortsatte att erbjuda en ung man med injektionsmissbruk öppenvårdsinsatser när det var uppenbart att insatserna var otillräckliga för att han skulle kunna avhålla sig från missbruk. Nämnden motiverade sitt ställningstagande med att klienten var avvisande till vård på behandlingshem. Men, betonade länsstyrelsen:

Av de handlingar som Länsstyrelsen tagit del av framgår dock att klienten vid flera tillfällen uttryckt önskemål om vård på behandlingshem. Att missbrukare har en ambivalent inställning till att acceptera erbjudande om vård är väl känt och ställer speciella krav på kompetens och metodik både i socialtjänstens uppsökande arbete och i motivationsarbetet i det specifika fallet. Eftersom öppenvård under lång tid visat sig otillräcklig anser Länsstyrelsen att nämndens strategi bör inriktas mot att motivera klienten till vård på ett behandlingshem som har kunskap om behandling för det aktuella missbruket. (Lst Jönköpings län, dnr 701-11875-01, 2002-02-26)

Förenklat uttryckt kan det hävdas, att olika *bristtillstånd* är ett hinder för att en klient ska vara motiverad:

- Brist på mål, osäkerhet om vart man är på väg eller om det är fel väg.
- Brist på energi, drivkraft. Uppgivenhet, hopplöshet.
- Brist på självtillit eller tilltro till andra.

Bristen på mål kan bero på faktorer såsom bristande insikt i problemet (både okunskap och patologiska försvar), trots och aggres-

²³ Lst Jönköpings län, dnr 701-11875-01 (2002-02-26).

sion, dålig målformuleringsförmåga och rädsla för förändring. *Bristen på energi och drivkraft* kan vara uttryck för flera problem såsom depression, annan psykisk eller somatisk sjukdom som tar all kraft; inlärd hjälplöshet (s.k. hopplöshetsdepression) och personlighetsstörning med drag av asteni eller svag uthållighet. *Bristen på självtillit och tilltro* till andra kan vara exempel på olika negativa kognitioner.

Det är mot denna bakgrund viktigt att en professionell hjälpare – vare sig det rör sig om en socialarbetare eller en behandlingsassistent vid ett LVM-hem – fortfarande har tilltro till klienten och inte ser denne som ett i grunden ”hopplöst fall”. Motivation är en dynamisk process – inte ett statiskt fenomen, inte en personlig egenskap – vilken dessutom är föränderlig över tid. En klient som under en följd av år har genomgått och även avbrutit en mängd olika behandlingsinsatser ser sig själv som ”hopplös”. Han eller hon kan på goda grunder ifrågasätta och tvivla på sin egen förmåga att klara av att genomgå en behandling som ett led i en förändringsprocess. ”Att vilja är en sak, att orka hålla ut och fortsätta vilja det vi valt är en annan sak”, framhåller Gerdner (1994). Viljan och förmågan till en livsstilsförändring behöver alltså inte vara hel och odelbar. Detta illustrerar en central fråga i allt motivationsarbete: ”Hur får man en människa att vilja det hon inte vill och inte vilja det hon vill?” (Bergmark & Oscarsson 1989, s. 46.)

Utifrån ovan nämnda genomgång av motivationsbegreppet i allmänhet och dess innebörd, finns det nu skäl att diskutera begreppet motivationsarbete eftersom det är ett centralt inslag inom LVM-vården. Billinger (2000) har som framgått ovan redovisat svårigheter i personalgruppen vid några undersökta LVM-hem att närmare specificera innebörden av motivationsarbete; personalen ansåg att allt man gjorde var motivationshöjande. Det är naturligtvis ingen rimlig ståndpunkt. Forskaren och leg. psykolog Björn Sallmén gör i en kommande bok (2004) om institutionsbaserad LVM-forskning en åtskillnad mellan å ena sidan intentionsförändring och å andra sidan beteendeförändring utifrån Proschaskas & DiClementes förändringsmodell.

1990-talets kraftiga omdaning av den socialtjänstbaserade missbrukarvården har generellt sett medfört en åtstramning av kostnadskrävande institutionsvård och en ökad satsning på ospecifik öppenvård av skiftande ambitionsnivå och kvalitet (Socialstyrelsen 1999, Oscarsson 2000 och 2001). Detta har också, hävdar Kristiansen och Svensson (2003) i en tidigare refererad forskningsrapport,

inneburit en paradoxal förändring i motivationsarbetet från socialtjänstens sida gentemot klienter med injektionsmissbruk: ”I stället för att socialtjänsten försökte motivera klienterna till vård blev det nu klienternas uppgift att övertyga socialtjänsten om att deras vårdintresse var äkta, att de var motiverade till vård. Med denna nya inriktning blev tvångsvård mindre aktuell och efterfrågan på LVM-platser sjönk. Socialtjänstens uppgift blir dels att styra över klienternas vårdönskningsfrågor från dyr institutionsvård till billigare öppenvård, men också att *bromsa vård* genom att försöka hålla omotiverade klienter ifrån sig. Den offensiva narkomanvården²⁴ har blivit defensiv” (s. 38).

Behandling och behandlingsarbete

Det saknas en vedertagen definition av vad som är att betrakta som *behandling* av alkohol- och narkotikaproblem. Bergmark och Oscarsson (2000) har i en genomgång av olika definitioner av behandlingsbegreppet inom alkoholvården visat hur dessa definitioner skiljer sig åt beroende på vilken utgångspunkt man har. Behandling kan, i likhet med vad Institute of Medicine gör i USA, definieras utifrån en uppräkningslista av olika aktiviteter i förening med en syftesbestämning. Det kan också definieras utifrån ett snävt effektkriterium eller extensivt intentionskriterium enligt följande:

- Effektkriterium, dvs. behandling är insatser som ger vissa behandlingsmässiga effekter.
- Intentionskriterium, dvs. enbart fokusera på avsikten (intentionen) med insatsen, alldeles oberoende av eventuella effekter.²⁵

Ovannämnda forskare har i stället valt en medelväg där man ställer upp kriterier som behandlingsanspråken ska svara mot. Följande definition av behandling har utarbetats av Bergmark och Oscarsson, vilken CUS expertgrupp för missbrukarvård har ställt sig bakom:

²⁴ Författarna apostroferar regeringens satsning på en offensiv narkomanvård (prop. 1984/85:19) som i sin tur baserades på departementspromemorian *Offensiv narkomanvård II* (Ds S 1984:11). Se vidare Socialstyrelsen (1993): *Effekter av offensiv narkomanvård*.

²⁵ För att inte alla typer av åtgärder ska kunna betecknas som ”behandling” kan man välja att reservera det för åtgärder som utförs av professionella som är verksamma inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller vid hem för vård eller boende (HVB).

Med behandling avses alla aktiviteter på individnivå som har primär terapeutisk intention visavi identifierade alkoholproblem, som utförs inom en primär terapeutisk kontext, och som inom ramen för denna kan förväntas ge terapeutisk effekt.

Motsvarande aktiviteter kan naturligtvis även förekomma på grupp-nivå

Första kriteriet innebär att det primära syftet med aktiviteten ska vara att behandla identifierade alkoholproblem. Andra kriteriet innebär att det måste finnas en primär intern relation mellan aktiviteten, det teoretiska eller praktiska sammanhang den utförs inom och en förväntad terapeutisk effekt. En aktivitet är att betrakta som behandling om den uppfyller båda dessa kriterier (Bergmark & Oscarsson 2000, s. 124). Ovannämnda tar alltså sikte på behandling av alkoholproblem, men är också tillämpligt när det gäller narkotikaproblem.²⁶

Björn Sallmén som har utarbetat olika definitioner på intentionellt behandlingsarbete och intentionellt motivationsarbete, betonar för sin del att det under hela förändringsprocessen förekommer motivationsinsatser, ”men insatsernas primära fokus skiljer sig åt beroende på var klienten befinner sig i sin förändringsprocess” (Sallmén 2004, kommande).

4.5.3 Motivationens betydelse för utfallet

Motivation till *förändring* är viktigt för att kunna påbörja och genomföra en förändring, medan motivation till *behandling* är viktigt för att frivilligt acceptera att påbörja och genomföra en behandling. Men, som tidigare har påpekats, en klient kan också påbörja en behandling i helt andra syften än att vara motiverad till behandling, och likaledes kan en klient vilja förändring utan att gå in i behandling. Om behandlingsmotivationen mäts vid *inträdet* i behandling är detta en dålig prediktor för hur utfallet av behandlingsresultat ska bli, eftersom motivation till förändring kan påverkas både i positiv och negativ riktning under själva behandlingsvis-telsen.

²⁶ Inom ramen för Socialstyrelsens tvärsnittundersökningar IKB 1999 och 2001 definierades behandling av missbruk som ”insatser som inriktas på att initiera och vidmakthålla att enskilda individer kommer ifrån sitt missbruk och att förhindra återfall. Som behandling räknas även medicinskt övervakad avgiftning” (Socialstyrelsen 2003, s. 13).

- Behandlingsmotivationen påverkas negativt om klienten uppfattar att behandlingen är meningslös och upplevs som förväring.
- Däremot påverkas behandlingsmotivationen positivt om behandlingen engagerar och förstärker känslan av att kunna förändras och ger motiv för en fortsatt förändringsprocess.

En central fråga är om det är möjligt att påverka motivation till förändring när en klient är föremål för tvångsvård enligt LVM. Det faktum att någon är intagen på LVM-hem betyder *inte* att klienten inte vill ha hjälp för sitt missbruk när denne väl har blivit intagen på institution. Cirka 20 procent har inget att invända mot tvångsvård i samband med förhandlingen i länsrätten. Tvångsvården kan vara destruktiv om den inte har något meningsfullt och relevant innehåll, men den kan också ge förutsättningar för en positiv utveckling om den förstärker klientens självförtroende till förändring som denne tidigare saknade (Gerdner, Furuholm & Berglund 1997).

Olika studier tyder på att graden av motivation hos klienten vid inträdet inte har något samband med utfallet av vården på lång sikt. De amerikanska forskarna Rossi och Filstead (1976) anser att initial "behandlingsmotivation – oavsett hur den definieras /---/ har inget samband med behandlingsresultat, oavsett hur de mätes",²⁷ vilket understryks av de fyra prediktionsstudier, dvs. studier som undersöker vilka faktorer som predicerar ett visst utfall,²⁸ som hittills har publicerats och som berör individuella faktorer för utfallet av LVM-vården.

I en undersökning 1986 från LVM-hemmet Runnagården av patienter som fullföljt respektive avbrutit behandlingen (s.k. drop-outs) visade det sig visade det sig att motivation inte fullt överensstämde med huruvida man var intagen frivillig eller med tvång. Det fanns tvångsintagna som var motiverade till behandling (och som välkomnade tvånget) och det fanns frivilliga som var högst omotiverade enligt oberoende mått, och kände sig tvingade dit av andra. Tvång visade sig vara relaterat till avhopp, men motivation visade sig inte vara det (Gerdner m.fl. 1991). Författarna drog slutsatsen att det dåvarande programmet behövde anpassas till tvångsomhändertagnas situation i flera avseenden, vilket också skedde. Avbrotten kunde alltså inte förklaras direkt med motivation så som den mättes vid intagningen. Författarna ansåg att denna faktor föränd-

²⁷ Återgivet av Jenner (1987), s. 85.

²⁸ Bergmark (1994), Möller m.fl. (1998), Gerdner (1996), Gerdner (2004a).

rades stort under behandlingens gång, vilket troligen var förklaring till att den dåligt kunde förutsäga avhopp ur behandling.

Gerdner och Holmberg (2000) har i en artikel påvisat, att social kollaps – dvs. förlust av familj, arbete och bostad – inte leder till en insikt om behovet av förändring och därmed till större acceptans att delta i behandling. I stället är det de klienter som fortfarande har kvar en viss social plattform som är mest motiverade, dvs. de som ännu har något att förlora. Studien visade också att motivation inte är en mognadsfråga eller en fas i missbrukskarriären. Inte heller är motivationen ett utslag för det som brukar benämnas för att man ”når botten” (*hitting rock-bottom*). Därmed kan man inte förvänta sig att motivation uppstår av sig självt eller som en följd av missbrukets egen dynamik. Inte heller är klienter med en antisocial personlighetsstörning *per se* eller för alltid omotiverade. Snarare löper de större risk att förlora den sociala plattformen, vilket alltså medverkar till sämre motivation. Författarnas tolkning är att den sociala kollapsen leder till s.k. hopplöshetsdepression eller inlärd hjälplöshet. Detta innebär också att för de socialt utslagna måste det sociala arbetet ha en central roll redan i tidigt skede av behandlingen. För dem som tappat allt behövs det mycket konkreta mål för att man ska orka försöka på nytt.

I ett första steg är socialsekreterarens förhållningssätt till klienter som har utvecklat en *inlärd hjälplöshet* oerhört betydelsefullt. Det rör sig klienter som under årens lopp har erfärut mängder av förluster och ”misslyckanden” och vars sociala integration i samhället är helt eller i det närmaste obefintlig. Socialsekreteraren kan se dessa klienter som antingen resistent mot varje form av behandlingsinsats eller så kan socialarbetaren välja att medvetet försöka restaurera dessa klienters hopp och motivation som början till en förändring. I nästa steg – om klienten medges frivillig behandling eller LVM-vård – är förekomsten av motivation hos behandlingsspersonalen av minst lika stor betydelse som att klienten är förändringsbenägen (Jenner 1987). En av de starkaste prediktorerna för att motivera klienten till förändring är behandlaren förmåga till empati, vilket innebär att behandlaren upprätthåller en klientorienterad attityd, lyssnar till och reflekterar kring klientens uttalanden och känslor. Jenner har också framhållit betydelsen av ett bra behandlingsklimat vid den aktuella institutionen. I en undersökning konstaterade han att ”under perioder av dåligt behandlingsklimat hjälpte det inte alltid att klienten var motiverad från början. Det blev ändå ingen förbättring” (Jenner 1987, s. 85).

4.5.4 Motivation och upplevelsen av kränkning

En ofta framförd uppfattning är att en omotiverad klient inte blir motiverad under pågående tvångsvård; antingen är han det redan eller förlorar han motivationen under tiden som vården pågår (se exempelvis Ekendahl 2001). Något empiriskt belägg saknas dock för denna ståndpunkt. Naturligtvis skiljer sig motivationsarbetet principiellt åt om klienten har accepterat en frivillig behandling eller om det sker genom tvångsvård, men samtidigt varierar klientens grad av genuint samtycke även i samband med en placering enligt socialtjänstlagen. Sallmén (1999) benämner detta för ett *tvångskontinuum* som inleds ”med ett höjt ögonbryn eller ett kritiskt tonfall” för att övergå till olika typer av ”hot” som riktas mot missbrukaren från make/maka, arbetsgivare, socialsekreterare för att sedan övergå till vård enligt SoL och eventuellt i ett sista skede bli fråga om vård utan eget samtycke.²⁹ Medan LVM-hemmet Runnagården fortfarande hade landstinget som huvudman genomförde Gerdner m.fl. (1991) en undersökning om graden av påtryckning som frivilligt respektive tvångsintagna hade fått utstå innan de kom in i behandlingen. Tvångsomhändertagna upplevde signifikant mer påtryckning än frivilligt vårdade, men var femte frivilligt intagen hade före vistelsen upplevt en hög grad av påtryckning. Denna typ av ”hot” m.m. från socialtjänstens sida benämner Axelsson (1990) för ”det informella tvånget”.³⁰

Vård med stöd av socialtjänstlagen behöver alltså inte nödvändigtvis innebära att den enskilde känner en genuin eller stark motivation, utan valet har styrts av vad som i en viss given situation är den *minst* obehagliga konsekvensen, vilket bland annat bekräftas genom Jan Blomqvists undersökningar i Stockholm av narkotika- respektive alkoholmissbrukares väg ut ur missbruket (Blomqvist 1999, 2002). Klienten kan ha varit utsatt för ett korstryck i form av kraftfulla påtryckningar som medfört att han eller hon har känt sig mer eller mindre tvingad att underkasta sig omgivningens krav eller önskemål om att acceptera en behandlingsinsats. Blomqvist (1999) noterar exempelvis anhörigas påverkande roll.

²⁹ Tvångskontinuum tas även upp av Gerdner (1998) i hans avhandling.

³⁰ Axelsson noterar i sin uppsats, som ingår i antologin *Forskning om missbrukare och vården, särskilt tvångsvården* (1990) från dåvarande Delegationen för social forskning, att ”debatten om tvånget i missbrukarvården har präglats av uppfattningen att det finns en absolut gräns mellan frivillig vård och tvångsvård”, varför hon efterlyser ”en mer fullständig analys av begreppet tvång”. (s. 79).

Bearbetning av integritetskränkning

I Ekendahls ovan refererade undersökning ansåg klienter som bedömdes vara omotiverade – vilka intervjuades under pågående tvångsvård – att de blivit utsatta för en integritetskränkning genom att de vårdades utan eget samtycke. Det är därför väsentligt att LVM-hemmen i sitt motivationsarbete tar hänsyn till kränkningens betydelse för den enskilde och aktivt berör detta för att hjälpa klienten att se framåt och inte enbart blicka bakåt. Vid Karlsviks LVM-hem använder man sig av en semistrukturerad intervju som ursprungligen använts på patienter som vårdas med stöd av LPT. Intervjun berör både enskilda insatser och hur dessa upplevdes samt om klienten kan förstå eller rättfärdiga syftet med enskilda tvångsutövningsincidenter, samt med vilka metoder som tvångsutövningsincidenter skedde (Sallmén 2004, kommande). Intervjun kan, påpekar Sallmén vidare, med fördel användas för att öka behandlarens sensitivitet för vikten av ett individuellt bemötande i en för klienten ofta traumatisk situation. En erfarenhet är att känsliga ämnen och frågor avdramatiseras, vilka klient och personal annars hade undvikit att samtala om.

Efter det att Statens institutionsstyrelse övertog huvudmannskapet för tvångsvården av vuxna missbrukare genomfördes en uppföljning av 1994–1997 års klienter som varit intagna vid Karlsviks LVM-hem. Ett intressant resultat är att det har skett en förskjutning från kränkningssupplevelser som hade att göra med institutionens agerande och förhållningssätt till polisens eller hemkommunens förhållningssätt och agerande. Upplevelsen av ett integritetskränkande övergrepp före ankomsten till LVM-hemmet var vanligast bland förstagångsvårdade klienter med en god social integration (98 %) jämfört med endast 3 procent av bostadslösa klienter som hade tidigare erfarenhet av LVM-vård. Det är väsentligt att LVM-hemmen dels utformar modeller för att ta hand om upplevelserna av kränkning, dels tillhandahåller lättillgänglig information om LVM som också redovisar syften och möjligheter.

5 Institutet med omedelbart omhändertagande

5.1 Inledning

I ursprungliga LVM som trädde i kraft den 1 januari 1982 gavs polismyndighet och länsrätt befogenhet att fatta omhändertagandebeslut enligt dåvarande 8 §. Såväl i förutvarande som i nuvarande LVM är denna befogenhet inte utformad som en ovillkorlig skyldighet att ingripa, utan i lagen anges att vederbörande myndighet *får* besluta om omedelbart omhändertagande om rekvisiten i övrigt är uppfyllda. För länsrättens del gällde denna befogenhet enbart sedan "länsstyrelsen har ansökt om vård med stöd av lagen". Även i nuvarande LVM har länsrätten samma befogenhet (13 § fjärde stycket).¹

Skälet att enbart lägga beslutsbefogenheten på polismyndigheten var att Socialberedningen och departementschefen båda implicit ansåg att detta var en förutsättning för ett snabbt ingripande, och att det samtidigt i allmänhet var nödvändigt att anlita polisen för att kunna verkställa åtgärden (SOU 1981:7 s. 49, prop. 1981/82:8 s. 80). Ett annat skäl, som kan antas ha spelat in, var samhällets traditionellt dominerande syn på alkoholister. "Dryckenskapens offer ansågs också våldsamma, farliga, brottsliga och till och med lastbara, varför polisens inblandning delvis var oproblematisk. Ända fram till 1976 betraktades till exempel fylleri som ett brott mot allmän ordning", framhåller historikern Jenny Björkman i sin avhandling *Vård för samhällets bästa* (2001). I samband med Nykterhetsvårdslagens tillkomst var det således naturligt för samhället att anförtro polisen en aktiv roll vid ingripande mot alkoholmissbrukare. Enligt 21 § NvL var det exempelvis polisens skyldighet att *tillfälligt omhändertaga* en person när denne av sannolika skäl bedömdes vara "hemfallen åt alkoholmissbruk" och att antingen

¹ Som en följd av lagändring som trädde i kraft 1994-07-01 (SFS 1994:96) är det inte längre länsstyrelsen som handhar ansökningsförfarandet, utan denna uppgift har övertagits av socialnämnden. Länsrättens uppdrag och befogenhet är dock densamma som i gamla LVM.

farlighetsrekvisitet eller asocialitetsrekvisitet (*vagabonderande alkoholister*) var uppfyllt.²

Socialberedningens uppföljning av tillämpning och praxis av 1981 års LVM visade på tydliga brister i den dittillsvarande ordningen att (utöver länsrätt) enbart låta polismyndighet ha befogenhet att besluta om omedelbart omhändertagande.³ Det ansågs inte rimligt att polisen i praktiken skulle kunna överpröva socialnämndens bedömning av om det föreligger ett akut vårdbehov. Beredningen föreslog därför en ny beslutsordning enligt vilken socialnämnden skulle ges befogenhet att själv få besluta i ärenden om omedelbart omhändertagande. Regeringen ställde sig bakom förslaget (prop. 1987/88:147) och lagändringen genomfördes fr.o.m. den 1 januari 1989 i samband med att nuvarande LVM trädde i kraft.

Sedan nuvarande LVM trädde i kraft den 1 januari 1989 har socialnämnden getts samma befogenhet som polismyndigheten tidigare har haft att besluta om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM. Andelen beslut som fattats av socialnämnden, alternativt av dess ordförande eller annan ledamot av nämnden, har successivt ökat från 78 procent 1990 till 88 procent 2002.⁴ Polisens andel under samma tidsperiod minskat kraftigt: från 20 till 12 procent under perioden 1990-2002. (Se vidare kapitel 2.)

5.2 Vem förfogar över omhändertagandebeslutet före länsrättens prövning?

Av 17 § andra stycket LVM framgår att länsrätten vid sin prövning av det underställda omhändertagandebeslutet *genast* skall upphäva detta om det inte finns skäl för omhändertagandet, och detta skall ske oberoende av om beslutet är verkställt eller inte (JO 1991/92 s. 270). Andra skäl att häva beslutet är att socialnämnden vid veckotidsfristens utgång inte har inkommit med en ansökan om vård (18 § första stycket). Länsrätten skall enligt sistnämnda lagrum också häva beslutet om det framkommit omständigheter i övrigt som gör ”att det inte längre finns skäl för omhändertagande”. Bestämmelsen är ett resultat av en lagändring (SFS 1984:366) som trädde i kraft den 1 juli 1984, och som sedan överförts i nuvarande LVM. Social-

² ”Vagabonderande alkoholister” är Klackenbergs (1967) uttryck, s. 197.

³ Socialberedningen presenterade detta i sitt slutbetänkande SOU 1987:22.

⁴ Trenden är signifikant (p-värde >0.0001, chi-2 test för trend).

beredningen hade i sin uppföljning av erfarenheter från tillämpningen av bland annat LVM (Ds S 1983:16) funnit att lydelsen i dåvarande 9 § andra stycket gav intrycket av att länsrätten enbart kunde häva ett omhändertagandebeslut i samband med fastställelseprövningen. Beredningen framhöll att:

Slutsatsen att länsrätten inte skulle kunna upphäva sitt eget beslut att beröva någon friheten strider dock mot vad som brukar gälla i fråga om tillfälliga frihetsberövanden eller över huvud taget i fråga om interimistiska beslut. Det är en allmän rättsgrundsats att om någon är berövad friheten skall han omedelbart frigges när förutsättningarna för frihetsberövandet inte längre kvarstår. (s. 96)

Däremot berörs inte i förarbetena frågan om den myndighet som har fattat omhändertagandebeslutet enligt 13 § också har rätt att upphäva sitt eget beslut *före* länsrättens prövning i en situation när det inte längre finns skäl för ett omhändertagande. Tidsmässigt går det att urskilja olika faser från det att ett myndighetsbeslut har fattats med stöd av 13 § fram till en eventuell ansökan om vård enligt 4 § (Gustafsson 2001, s. 484ff.):

1. Tiden från beslut om omhändertagande fram till underställning (beslutet har *inte* verkställts).
2. Från underställning men före länsrättens prövning (beslutet har *inte* verkställts).
3. Från underställning men före länsrättens prövning (beslutet har verkställts).
4. Från länsrättens fastställelse fram till ansökan om beredande av vård enligt 4 § (beslutet har verkställts).

I en situation enligt **punkt 1** när omhändertagandebeslutet vare sig har underställts länsrätten eller hunnit bli verkställt, ”bör, även om det inte framgår av lagen” som Gustafsson (2001, s. 485) uttrycker saken, vara den beslutande myndighetens uppgift att upphäva sitt ursprungliga beslut eftersom frihetsberövandet *omedelbart* skall upphävas när förutsättningar inte längre finns för tvångsvård. Situationen enligt denna punkt förutsätter att det har förflutit en mycket begränsad tidsrymd, förutsatt att den beslutande myndigheten iakttar skyldigheten att senast dagen därpå underställa länsrätten sitt beslut. Det faktum att beslutsmyndigheten inte har för avsikt att verkställa beslutet saknar betydelse för dess skyldighet att genast underställa länsrätten sitt beslut (JO 1991/92 s. 270).

I ett läge enligt **punkt 2** är det klart utsagt i 17 § LVM andra stycket, att länsrätten kan upphäva beslutet. JO har för sin del gjort bedömningen att beslutande myndighet är *skyldig* att upphäva sitt eget beslut om man finner att förutsättningarna för vård inte längre föreligger, dock förutsatt att länsrätten inte har prövat frågan (JO 1985/86 s. 132). ”Såvitt jag kan förstå behöver det inte heller ifrågasättas annat än att den myndighet som beslutat om frihetsberövandet kan upphäva detta så länge det inte fastställs efter underställning eller liknande”, konstaterade JO i nämnda ärende.

Situationen enligt **punkt 3** skiljer sig från punkt 2 genom att beslutet hunnit bli verkställt, dvs. klienten har överförs i vård på SiS-institution, men fortfarande har det underställda beslutet inte prövats av länsrätten. Behandlingsansvaret för den enskilde har genom inskrivningsförfarandet övergått på LVM-hemmet även om socialnämnden fortfarande har kvar sitt övergripande vårdansvar för den intagne (prop. 1987/88:147 s. 76). Denna situation ”komplieras” genom att det är *föreståndaren* för LVM-hemmet som beslutar om utskrivning (25 § andra stycket) varigenom vården upphör (20 §). JO har för sin del uttalat att ”detta innebär att från och med den dag då missbrukaren formellt blir inskriven på vårdhemmet kan endast föreståndaren besluta om utskrivning” (JO 1993/94 s. 289). Men samtidigt har socialnämnden, om det är nämnden som beslutat om omhändertagandet, ett icke ringa inflytande över den fortsatta beslutsprocessen genom att omhändertagandebeslutet upphävs om nämnden inte avser att ansöka om vård enligt 4 §.

Denna situation som beskrivs enligt punkt 3 är inte tillfredsställande reglerad i gällande rätt.

Från det att beslutet har fastställts och fram till socialnämndens ansökan om vård enligt **punkt 4** är det länsrätten som beslutar att upphäva sitt fastställda omhändertagandebeslut (18 § första stycket). Om socialnämnden inte inkommer med en ansökan inom en vecka upphör omhändertagandebeslutet att gälla.

5.3 Frågan om materiell prövning efter att beslutet har hävts

Som framgått av ovanstående är den rättsliga regleringen av frågan om *vem* som i olika skeden förfogar över omhändertagandebeslutet långt ifrån entydig och klar. Men även i en situation enligt punkt 1 ovan skall länsrätten samtidigt som underställning sker underrättas om att det ursprungliga omhändertagandebeslutet skall upphävas till följd av att exempelvis socialnämnd och klienten har överenskommit om vård på frivillig grund. Formellt är det dock länsrätten som även enligt punkt 1 upphäver beslutet (JO 1991/92 s. 270).

I ett skede när länsrätten enligt punkterna 1–3 ännu *inte* har prövat myndighetens beslut kan alltså beslutsmyndigheten på eget initiativ hemställa hos länsrätten att få beslutet upphävt. När länsrätten i nyssnämnda situation upphäver beslutet prövar länsrätten sällan de materiella grunderna för det ursprungliga beslutet. Frågan uppmärksammades även av Socialberedningen som i sitt betänkande anförde följande:

Det har kommit till beredningens kännedom att man vid vissa länsrätter tillämpar den rutinen, när ett omhändertagande har underställts, att man kontakter länsstyrelsen och hör efter om styrelsen har för avsikt att ansöka om vård. Om länsstyrelsens handläggare därvid upplyser att han inte har för avsikt att ansöka om vård, upphäver länsrätten omhändertagandet.

Om länsrätten häver omhändertagandet på den formella grunden att någon ansökan om vård inte kommer att göras, utan att själv pröva om det föreligger skäl för ett omhändertagande, förfar länsrätten enligt beredningens uppfattning principiellt felaktigt. (SOU 1987:22 s. 377.)

I annan lagstiftning och genom olika precedensfall som prövats i Regeringsrätten kan konstateras, att den praxis som utvecklats i olika typer av förvaltningsärenden innebär att exempelvis ett överklagande över chefsöverläkares intagningsbeslut kan överklagas och skall prövas i sak ”även då rätten genom ett mellankommande avgörande beslutat om fortsatt tvångsvård” (RÅ 1996 ref. 8). I förarbetena till 12 § LPT framhålls, att konverteringsbeslut *alltid* skall prövas i sak av länsrätten, dvs. även i de fall då patienten vid tidpunkten för länsrättens prövning vårdas frivilligt eller har skrivits ut från sjukvårdsinrättningen (prop. 1999/2000:44 s. 71 och 117). I ett annat avgörande från Regeringsrätten fastslås att ett överklagande av förvarsbeslut enligt 7 kap. 7 § UtL skall prövas i sak av allmän förvaltningsdomstol, även om det ursprungliga be-

slutet inte längre har någon rättslig verkan då det har ersatts av ett nytt beslut om att kvarhållas. Visserligen skulle ett bifall till den klagandens fördel inte innebära att han frigavs, men vederbörande ”måste emellertid likväl anses ha haft ett beaktansvärt intresse av att få förutsättningarna för förvarsbeslutet /---/ prövade även av högre domstolsinstans” (RÅ 1999 ref. 26).⁵ Dessa rättsfall har det gemensamt att de förutsätter att den enskilde har *överklagat* det ursprungliga beslutet.

Enligt 44 § LVM är emellertid beslut om omedelbart omhändertagande inte överklagbart. Enda möjligheten för den enskilde att i sak få prövat om myndighetens ursprungliga beslut uppfyllde lagens rekvisit, är att länsrätten *ex officio* prövar ärendet alternativt att vederbörande kan anhängiggöra ärendet trots att omhändertagandebeslutet har upphävts innan det har blivit föremål för en material prövning av länsrätten.

Förutsättningarna i ovan refererade precedensfall kan således inte helt jämföras med situationen när omhändertagandebeslutet blir upphävt av socialnämnden eller polismyndigheten, eftersom den enskilde inte kan överklaga beslutet. Samtidigt har den enskilde samma ”beaktansvärda intresse” som i rättsfallet RÅ 1999 ref. 27 att få sin sak prövad, eftersom den enskilde som varit föremål för tvångsintagning enligt LVM kan uppleva detta ”som en negativ stämpel för framtiden” i likhet med vad Regeringsrätten anförde i målet RÅ 1996 ref. 8 om en person som varit intagen för psykiatrisk tvångsvård.

5.4 Tidsfrist vid underställning av myndighetsbeslut

Underställningstidsfristen har i LVU bestämts till en vecka medan den i LVM är kortare, men mer och oprecist vagt formulerad: underställningens skall enligt 15 § LVM ske ”genast”. Skälet för den längre tidsfristen i LVU har i förarbetena motiverats med att det kan vara svårt att snabbt få fram tillräckligt utredningsmaterial och att mellankommande helger som försenar postbefordran måste beaktas (prop. 1979/80:1 del A, s. 591).

I förarbetena till ursprungliga LVM⁶ framhåller departementschefen att med *genast* avses ”snabbast möjliga handläggning med

⁵ Det bör i sammanhanget upplysas att det i boken *Utlänningslagen med kommentarer* (2002, 7:e uppl.), s. 323, felaktigt anges att ”om ett förvar har upphävts får domstolen inte pröva det överklagade beslutet---”.

⁶ Dess lydelse överensstämmer i denna del med nuvarande lagbestämmelse i LVM.

hänsyn till de föreliggande omständigheterna” (prop. 1981/82:8 s. 82). Någon exakt tidsgräns ansågs inte kunna bestämmas med hänsyn till att en sådan gräns är beroende av när på dygnet omhändertagandet sker eller om det sker under en helg. JO har uttalat att beslutet regelmässigt skall lämnas in till länsrätten samma dag eller senast påföljande dag (JO 1993/94 s. 292). Som jämförelse kan nämnas att i 12 § LPT anges, att vid övergång från frivillig vård till tvångsvård skall beslutet skyndsamt underställas länsrätten och senast dagen efter beslutet. I regeringens förslag till ny smittskyddslag (prop. 2003/04:30) föreslås att smittskyddsläkarens beslut om ”tillfällig isolering” skall underställas länsrätten senast inom fyra dagar; om så inte sker förfaller smittskyddsläkarens beslut. I 7 § LVU finns en bestämmelse enligt vilken omhändertagandet upphör om beslutet inte har underställts ”inom föreskriven tid”, vilket enligt samma lagrum är en vecka från den dag då socialnämnden fattade sitt omhändertagandebeslut.

Bramstång (1985) har i sin kommentar till 9 § i ursprungliga LVM hävdad, att ”därest underställning ej äger rum inom föreskriven tid, upphör omhändertagandebeslutet att gälla. Det åvilar LR att utan dröjsmål granska, huruvida underställning har skett inom föreskriven tid samt, om så ej är förhållandet, i *beslut* [kursivt i original] ange att omhändertagandet har upphört till följd av försen underställning” (s. 421). Enligt en förfrågan som LVM-utredning har låtit göra hos några länsrätter framkommer emellertid att LR prövar ärendet i sak även om underställningen har skett vid en senare, i vissa fall betydligt senare, tidpunkt än den som uttalas i förarbetena och av JO. Denna bild bekräftas också av Gustafsson (2001) som i sin avhandling redovisar en undersökning av överklagade länsrättsavgöranden hos Regeringsrätten (85 mål), vilken visar att i knappt 13 procent av målen hade underställning skett mellan 3 och 8 dagar efter myndighetsbeslutet.

Utredningen har gått igenom samtliga myndighetsbeslut om omedelbart omhändertagande som fattades av socialnämnd och polismyndighet under 2002 med avseende på när länsrätten erhöll underställningsbeslutet. Av tabell 5:1 framgår att 23 procent av besluten hade underställts senare än dagen efter det att någon av dessa två myndigheter hade fattat beslut. Även utifrån ett hypotetiskt antagande att samtliga beslut som underställts dag 3 (47) har fattats efter kontorstid på fredag eftermiddag – vilket naturligtvis inte är fallet – innebär det att 7 procent (48) har underställts mellan 4–10 kalenderdagar efter att beslutet fattades.

Tabell 5:1. Antal kalenderdagar som förflutit från beslut om omedelbart omhändertagande till dess beslutet har underställts länsrätten (avser beslut som fattats under 2002).

Länsrätt	S d	1 dag	2 dgr	3 dgr	4 dgr	5 dgr	6 dgr	7 dgr	8 dgr	9 dgr	10 dgr
Blekinge	2	2			1						
Dalarna	20	7	5	1	1						
Gotland	1	6	1								
Gävleborg	13	4	5	2	3						
Göteborg	30	18	7	4		2					
Halland	6	2		2							
Jämtland	13	3	2		2	1		1			1
Jönköping	5	4	3	2	1						
Kalmar	8	5									
Kronoberg	2	3		2	2						
Mariestad	5	9	1	1							
Norrbottn		1	1								
Skåne	41	25	4	4	1			1			
Stockholm	83	25	6	8	7	1	1				
Södermanland	11	3	1	1	1				1		
Uppsala	15	9	3				1				
Vänersborg	19	12	1	1	1	2	1				
Värmland	9	4	1	2	1				1		
Västerbotten	7	9	1	3							
Västernorrland	16	30	7	10	6		3				
Västmanland	9	10	1	1							
Örebro	15	3	2					1			
Östergötland	14	5	13	3	2	1					
TOTALT	344	199	65	47	29	7	6	3	2		1

5.5 Länsrättens handläggning och prövning av omhändertagandebeslutet

Enligt 17 § LVM skall länsrätten senast fyra dagar efter det att beslut om omedelbart omhändertagande har underställts domstolen – eller när beslutet har verkställts om så inte var fallet när det underställdes – pröva om beslutet skall bestå. Länsrätten har möjlighet att förlänga denna frist till en vecka om det bedöms vara

”nödvändigt” på grund av någon särskild omständighet. Underställning skall ske även om omhändertagandebeslutet *inte* är verkställt vid tidpunkten för underställningen. I förarbetena till nu gällande lag understryks tvärtom att det av rättssäkerhetsskäl är angeläget att underställningen ”sker så snart som möjligt” så att länsrätten ges möjlighet att snarast upphäva ett oriktigt beslut (prop. 1987/88:147 s. 67). JO har uttalat sig i samma riktning (JO 1991/92 s. 270). Länsrätten behöver emellertid inte pröva ärendet förrän beslutet har verkställts.

Denna under vissa omständigheter utökade tidsfristen är ett resultat av Socialberedningens uppföljning av erfarenheterna från tillämpningen av LVM (Ds S 1983:16). Beredningen anförde olika skäl som i vissa fall kunde motivera en längre handläggningstid innan målet prövas av länsrätten: Om den omhändertagne vistas på sjukhus eller LVM-hem kan det vara svårt ”att nå den omhändertagne per telefon”, ”ibland kan det vara osäkert var hans vistas”, ”det kan också vara svårt för polisen eller institutionen att med kort varsel ställa upp med personal som följer honom till rätten” (s. 91).

Därutöver förde Socialberedningen ett principiellt viktigt resonemang om å ena sidan vikten av att åstadkomma en snabb domstolsprövning, å andra sidan kravet på kommunikation, muntlig förhandling och offentligt biträde:

Det innebär även problem att förordna ett offentligt biträde med kort varsel. Den korta tid som biträdet får till sitt förfogande medför också att hans möjlighet att ta till vara den omhändertagnes intresse blir begränsad.

Att ett mål avgörs snabbt har i sig ett värde. Om någon har omhändertagits oriktigt enligt 8 §⁷ av polismyndighet har det stor betydelse att saken prövas utan dröjsmål av domstol. I det läget är det viktigaste för den omhändertagne att få ett snabbt avgörande så att han snarast bli frigiven. Om ett snabbt avgörande leder till att ett oriktigt omhändertagande upphävs inom kort tid, bör frågan om kommunikation, muntlig förhandling och offentliga biträde ha mindre betydelse för den omhändertagne.

Å andra sidan kan det vara svårt för rätten att bedöma om ett omhändertagande är riktigt, om det enda underlag som rätten har tillgång till är polisens beslut. Den vanligaste situationen vid underställning enligt 9 § LVM⁸ kan antas vara antingen att beslutet är välgrundat eller att beslutet åtföljs av en sparsam utredning som inte ger ledning för en bedömning av beslutets riktighet. Det kan antas vara mindre vanligt att

⁷ Motsvarar nuvarande 13 § LVM (SFS 1988:870).

⁸ Motsvarar nuvarande 15 § LVM (SFS 1988:870).

det av beslutet går att utläsa att det saknar grund. (Ds S 1983:16 s. 91–92)

Rättssäkerhet för den enskilde är alltså inte liktydigt med ”snabbaste möjliga” handläggningstid från domstolens sida om detta sker till priset av att exempelvis offentliga biträdet har haft minimal förberedelsestid eller att läkarundersökning ännu inte hunnit verkställas. Bramstång (1985) diskuterar ”skyndsamhetsprincipen” i förhållande till ”allsidighets- och objektivitetsprincipen” vad gäller fristen för socialnämnden att efter länsrättens fastställelse av omhändertagandebeslutet inkomma med en ansökan om vård. Hans slutsats – som i hög grad även kan appliceras på domstolens handläggning – är att det är av vikt ”att den knappa tidsmarginalen utnyttjas *effektivt*” (kursivt i originalet).

För Socialberedningens del utmynnade dessa överväganden i både en förlängd frist för domstolen när så bedömdes vara ”nödvändigt” samt att polismyndigheten aktivt skulle vara behjälplig i kommunikationsförfarandet med den omhändertagne. Båda dessa förslag kom sedan att ligga till grund för en lagändring som trädde i kraft den 1 juli 1984 (SFS 1984:366).

I prop. 1987/88:147 allmänna motivering diskuteras två olika typer av scenarier som kan uppkomma i samband med länsrättens prövning:⁹

- Omhändertagandet är verkställt innan beslutet underställs.
- Omhändertagandet är *inte* verkställt när beslutet underställs.

Diskussionen i propositionen tar sikte på att det undantagsvis kan hända att ett omedelbart omhändertagande som beslutats av *socialnämnden* inte alltid har kunnat verkställas vid tidpunkten för underställningen. Motsvarande situation förutsätts per definition inte inträffa om det istället är *polisen* som har fattat beslutet, eftersom enskild polisman inledningsvis gör ett tillfälligt omhändertagande, under maximalt 12 timmar, med stöd av 11 § polislagen i avvaktan på förmansprövning (15 §) och polismyndighetens beslut om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM. Förutsättningarna är dock att den enskilde polismannen gör bedömningen att polismyndigheten kommer att fatta beslut om omhändertagande (i det här fallet med stöd av 13 § LVM) *samt* att ett dröjsmål med polismanens ingripande skulle innebära fara för liv eller hälsa eller någon

⁹ Denna diskussion är i princip ett referat av vad som Socialberedningen redogör för i sitt betänkande *Missbrukarna Socialtjänsten Tvånget* (SOU 1987:22), s. 309–311

annan fara. ”Missbrukaren är alltså regelmässigt omhändertagen när polismyndigheten fattar sitt beslut” (prop. 1987/88:147 s. 66).

För att återgå till de skeenden som kan uppkomma i samband med socialnämndens beslut om omedelbart omhändertagande, kan den enskilde omhändertas först efter det att beslutet har fattats. Förutsättningarna skiljer sig jämfört med vad som gäller för polisen, eftersom den enskilde i allmänhet redan är (tillfälligt) omhändertagen vid tidpunkten för polismyndighetens beslut. Det kan inträffa att omhändertagandet *inte* är verkställt när socialnämnden skall underställa länsrätten sitt beslut. Ett underställt men ej verkställt beslut utgör, som påpekades ovan, inget hinder för en slutgiltig prövning av beslutets laglighet; länsrätten förutsätts redan i samband med att handlingarna inkommer göra en snabb bedömning av beslutets laglighet och är det då uppenbart att så inte är fallet skall myndighetsbeslutet omedelbart upphävas.

Utgångspunkten är att länsrätten i normalfallet inte avgör målet förrän det föreligger ett läkarutlåtande. ”Utlåtandet är nödvändigt för att utesluta att den enskildes tillstånd beror på något annat än missbruk. Missbrukaren skall också hinna tillställas handlingarna i målet” (prop. 1987/88:147 s. 67). Även i specialmotiveringen till förutvarande LVM framhölls att missbrukaren ”om möjligt” borde undersökas av läkare innan länsrätten tog definitiv ställning till det underställda beslutet, bland annat för att utesluta att vederbörandes tillstånd skulle bero på någon sjukdom som inte hängde samman med missbruk av alkohol eller narkotika¹⁰ (prop. 1981/82:8 s. 81).

Har beslutet om omedelbart omhändertagande inte verkställts har inte heller någon läkarundersökning kommit till stånd.¹¹ Avgörande för om länsrätten i avsaknad av beslutets verkställighet ändå skall göra en (slutgiltig) prövning av omhändertagandebeslutet är, uttalar departementschefen vidare, om den omhändertagne är ”välkänd” hos socialtjänsten:

Om saken är uppenbar – vilket är tänkbart om missbrukaren haft kontakt med läkare strax före beslutet och socialnämnden har utförlig dokumentation beträffande hans förhållande i övrigt – har rätten i och för sig underlag för att pröva nämndens beslut, trots att det inte är verkställt. (s. 67)

¹⁰ I förutvarande LVM utgjordes generalindikationen av fortgående missbruk av alkohol eller narkotika.

¹¹ Det är naturligtvis möjligt att klienten har genomgått läkarundersökning men därefter har avvikit vilket omöjliggjort verkställighet.

Om ovannämnda situation föreligger förefaller departementschefen implicit mena att det är önskvärt att snarast möjligt fatta beslut i målet med hänsyn till rättssäkerhetsskäl. Om det däremot rör sig om "ett för socialmyndigheterna mindre välkänt fall" är det inte meningsfullt att göra en prövning innan omhändertagandet har verkställts.

I 17 § LVM stadgas ingen *bortre gräns* inom vilken omhändertagandebeslutet måste ha verkställts för att länsrätten skall kunna pröva det, varför frågan uppkommer under hur lång tid ett ärende kan vara "vilande" hos länsrätten. Om verkställigheten drar ut på tiden kan naturligtvis omständigheterna i det enskilda fallet ha förändrats jämfört med vid tidpunkten för myndighetens beslut – antingen till det bättre eller till det sämre. Ett av rekvisiten som måste vara uppfyllda för att kunna besluta om omedelbart omhändertagande är att "rättens beslut om vård inte kan avvaktas /---/ om han inte får omedelbar vård" (13 § LVM första stycket 2). Har verkställighet *inte* kunnat ske under en längre tid, exempelvis under tre–fyra veckor, är det rimligt att anta att förutsättningarna för rekvisitets uppfyllande har minskat eller t.o.m. förfallit. Ett aktuellt läkarutlåtande kan i ett sådant fall ge vägledning för länsrätten i vilken mån det fortfarande föreligger en akut farosituation utifrån den enskildes fysiska och psykiska hälsotillstånd.

5.6 Omhändertagandeinstitutets överensstämmelse med Europakonventionen

En viktig del av rättssäkerheten är skyddet mot frihetsberövanden. Ingen skall riskera att utsättas för frihetsberövanden av det allmänna annat än i undantagsfall då det finns speciella skäl för en så ingripande åtgärd. Med *administrativt frihetsberövande* avses i detta sammanhang beslut som fattas av en administrativ myndighet, oberoende av om beslutet är av interimistisk natur som måste underställas och prövas av domstol i efterhand (jfr 13 § LVM) eller om en domstolsprövning förutsätter att beslutet överklagas av den enskilde.¹²

I artikel 9 i europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande medborgerliga fri-

¹² Hilding Eek (1943) definierar "administrativt frihetsberövande" genom att undanta frihetsberövanden "som beslutas av allmän domstol eller för sitt bestånd kräva sådan domstols konfirmation" (s. 43).

heterna (Europakonventionen) finns bestämmelser som förbjuder godtyckliga frihetsberövanden. För att ett frihetsberövande skall vara rättsligt godtagbart krävs att det är lagenligt och att förfarandet skall vara i enlighet med föreskrifter i lag (Danelius 2002, s. 92). Artikel 5:4 ställer krav på att den som har berövats friheten också skall ha rätt att få lagligheten av frihetsberövandet *snabbt* prövad av domstol:

Var och en som berövas friheten genom arrestering eller på annat sätt skall ha rätt att påfordra att domstol snabbt prövar lagligheten av frihetsberövandet och beslutar att frige honom, om frihetsberövandet inte är lagligt.

Enligt 15 § LVM skall beslut om omedelbart omhändertagande genast underställas länsrätten som därefter har att pröva det underställda beslutets laglighet. Att länsrätten uppfyller kraven på att vara en domstol i Europakonventionens mening torde stå utom allt tvivel. Enligt 17 § samma lag skall länsrätten ”så snart det kan ske” och enligt huvudregeln senast inom fyra dagar från det att beslutet underställts rätten, pröva om omhändertagandebeslutet skall bestå. Dessa lagregler torde väl överensstämma med formuleringen i artikel 5:4 där krav ställs på en *snabb* domstolsprövning.

Artikel 5:1 anger att ingen får berövas sin frihet utom i sex särskilt angivna fall, och denna uppräkningslista är för övrigt fullständig varför frihetsberövanden av andra skäl än dessa är konventionsstridiga. Enligt artikel 5:1 e) kan någon berövas friheten till följd av att han är psykiskt sjuk eller alkohol- eller drogmisbrukare, förutsatt att frihetsberövandet grundas på inhemsk lag.

I fallet *Litwa mot Polen* (4.4.2000) fann domstolen, att med begreppet alkoholmissbruk avsågs inte enbart personer som i medicinskt hänseende var diagnostiserade som alkoholister, ”utan också de som under påverkan av alkohol har ett sådant uppförande och uppträdande att det utgör ett hot mot allmän ordning eller medför en fara för dem själva och att de därför kan tas i förvar till skydd för allmänheten eller deras egen hälsa eller personliga säkerhet” (punkt 61 i domen).¹³ Lagbestämmelserna om frihetsberövande i den inhemska lagen ansågs därför vara förenligt med artikel 5:1 e) i konventionen. Men domstolen erinrade samtidigt om att ett nödvändigt inslag för att ett frihetsberövande skulle anses vara lagligt enligt artikel 5:1 e) var frånvaron av godtycke:

¹³ För ett sammanfattande referat, se Danelius, SvJT 2000 s. 558.

77. /---/ hyser domstolen allvarliga betänkligheter till frågan huruvida det kan anses att den klagande, under påverkan av alkohol, uppträdde på ett sådant sätt att han utgjorde ett hot gentemot allmänheten eller honom själv, eller att hans egen hälsa, välbefinnande eller personliga säkerhet äventyrades. Domstolens tvivel har förstärkts av de tämligen bagatellartade omständigheter som har legat till grund för frihetsberövandet och det förhållande att den klagande nästan är blind.

78. En individs frihetsberövande är att betrakta som en så pass allvarlig åtgärd att den endast kan rättfärdigas om andra, mindre ingripande insatser har övervägts tidigare och befunnits vara otillräckliga för att skydda den enskildes eller allmänhetens intresse, vilket kan fordra att ifrågavarande individ är frihetsberövad. Det innebär att det inte är tillräckligt att frihetsberövande verkställs i överensstämmelse med den nationella lagstiftningen, utan det måste också framstå som nödvändigt utifrån omständigheterna i det enskilda fallet.

Europadomstolen fann sammanfattningsvis att frihetsberövandet inte var nödvändigt utifrån omständigheterna i det enskilda fallet, och därmed var det inte heller lagligt i konventionens mening.

Som har framgått i tidigare kapitel ger 13 § LVM möjlighet för både polismyndighet och socialnämnd att under vissa förutsättningar fatta administrativa beslut om omedelbart omhändertagande av missbrukare. Europakonventionens krav på laglighet och en tillfredsställande grad av förutsägbarhet får därför anses vara uppfyllda.

6 LVM-hemmens användning av särskilda befogenheter

6.1 Inledning

LVM-utredningen skall, som framgår av kapitel 1, enligt sina direktiv ”bilda sig en uppfattning om dels användningen av tvångsmedel inom vården, dels om huruvida de särskilda befogenheter att använda tvångsmedel som LVM ger är ändamålsenligt och rättssäkert utformade” (dir. 2002:10). Denna bedömning skall göras mot bakgrund av Sveriges internationella åtaganden på området för mänskliga rättigheter. Allmänt sett skall den särskilde utredaren ”föreslå förändringar som kan bidra till att stärka rättsskyddet för den enskilde och till att förbättra insatserna så att dessa är relevanta för den enskilde missbrukarens vårdbehov samt ges i rätt tid och rätt omfattning”.

6.2 Allmänt om och syftet med särskilda befogenheter

LVM-utredningen har granskat grunderna för och tillämpningen av 31-36 §§ LVM, som innehåller bestämmelser som ger föreståndaren för LVM-hemmet befogenhet att besluta om särskilt integritetskänsliga åtgärder mot de intagna.¹ Det är fråga om betungande offentligrättsliga föreskrifter som ger behandlingshemmen befogenhet att, under särskilda förutsättningar, inkräkta på den enskildes person och egendom. I propositionen som föregick den ursprungliga LVM (prop. 1981/82:8 s. 58) uttalade dåvarande socialministern att dessa bestämmelser, i lagen rubricerade som särskilda befogenheter, är ”de egentliga tvångsbestämmelserna och är med andra ord de som motiverar hela särlagstiftningen om vård utan samtycke och det rättssäkerhetssystem som har byggts upp kring denna.”

¹ I princip likalydande bestämmelser finns i 15-20 §§ LVU. Vissa av dessa skiljer sig dock från vad som regleras i LVM.

Även den som berövats sin frihet omfattas av grundlagens skydd och de rättighetsbevarande föreskrifter som Europakonventionen innehåller. Varje intrång måste ha en rättslig grund och föregås av noggranna överväganden med strikt iakttagande av gällande bestämmelser. Reglerna bör vara så klart och tydligt utformade att utrymme för godtycke i möjligaste mån undviks. Med hänsyn till att det är fråga om åtgärder som gör intrång i grundläggande fri- och rättigheter och med hänsyn till ändamåls- och legalitetsprinciperna i grundlagen bör bestämmelserna tolkas restriktivt och åtgärder som inte har explicit lagstöd får inte förekomma.

Bestämmelserna har stor betydelse för att man skall kunna bedriva en kvalificerad och effektiv vård där man så långt möjligt kan garantera en drogfri och säker miljö för såväl intagna som personal, något som dock inte får innebära att klienternas trygghet till person och egendom eftersätts. Eftersom det handlar om allvarliga ingrepp mot den enskildes integritet gäller det att finna en ordning som på en och samma gång tillfredsställer den klassiska konflikten mellan kraven på effektivitet vid vårdens bedrivande och rättssäkerheten för den enskilde. Bestämmelsernas relativa vaghet gör att det finns en klar risk att effektivitetsintresset får väga över i tillämpningen och att den enskildes integritet får stå tillbaka.

Statens institutionsstyrelses allmänna råd 1997:I (IAR) ger viss vägledning om hur bestämmelserna skall tillämpas. De bygger i huvudsak på förarbetena som dock inte är särskilt tydliga vad gäller innebörden av och begränsningar i befogenheterna. I sammanhanget är det också viktigt att beakta, att om IAR och/eller eventuella interna ordningsregler som förekommer på behandlingshemmen inte överensstämmer med gällande författningsbestämmelser, är det de senare som äger företräde.

Tvångsomhändertagnas självbestämmande och integritet är redan starkt beskurna genom frihetsberövandet och det är av synnerlig vikt att den integritetssfär som kvarstår respekteras. Klienternas liv är präglade av att de måste finna sig i vad andra bestämmer och många har en erfarenhet från kriminalvården där tvångsbefogenheterna i vissa fall är större. Därför finns det också en risk att klienten inte nämnvärt reagerar om det skulle inträffa att behandlingshemmen/myndigheterna vidtar åtgärder utöver vad som är tillåtet (Gustafsson 2001, s. 505). Eftersom man vårdas och vistas vid en sluten institution, måste man kunna förlita sig på att personalen vid hemmet inte vidtar åtgärder som inte är tillåtna.

Åtgärderna är dessutom av en sådan karaktär att det är särskilt viktigt att regelsystemet tillvaratar den enskildes rättssäkerhet.

6.3 Undersökning av utövandet av särskilda befogenheter vid fem LVM-hem

Genom Statens institutionsstyrels försorg har LVM-utredningen fått tillgång till data ur den klient- och institutionsadministrativa databasen KIA. Detta system baseras, enligt SiS, på lagar och regler om handläggning och dokumentation, bland annat socialtjänstlagen, förvaltningslagen och LVM. Det är en administrativ databas, vilket bland annat innebär att efterregistreringar kan förekomma.

LVM-utredningen har genomfört en undersökning i syfte att utreda i vilken utsträckning och på vilka grunder ett antal LVM-hem har utnyttjat sina särskilda befogenheter att använda tvångsmedel. Undersökningen har genomförts av juris doktor Ewa Gustafsson vid juridiska institutionen, Lunds universitet, tillika expert i utredningen. Gustafsson har granskat klientuppgifter i klientdiariet och klientjournaler vid fem LVM-hem (Frösö, Rebecka, Gudhemsgården, Lunden och Rällsögården). Uppgifterna avser sammanlagt 68 registrerade klienter vecka 26 år 2003. Med hänsyn till vad som framkom vid denna granskning har det inte ansetts meningsfullt att utöka undersökningen till samtliga LVM-hem.

6.3.1 Resultatredovisning

Antal vidtagna tvångsåtgärder

Av tabell 6:1 framgår hur många åtgärder som vidtagits med stöd av de särskilda befogenheterna att använda tvångsmedel under den aktuella mätveckan sommaren 2003.

Tabell 6:1. Antal vidtagna åtgärder med stöd av 31-36 §§ vid fem LVM-hem under vecka 26 år 2003.

Åtgärder	Frösö (15)	Rebecka (9)	Lunden (8)	Gudhems- gården (21)	Rällsö- gården (13)
Omhändertagen egendom, 31 §	23	7		30	
Förstöring av egendom, 36 §	6			2	
Kroppsvisitation, 32 §	7	3	11	2	
Ytlig kroppsbesiktning, 32 §	41	10	11	36	4
Urinprov, 32 a §	2	14	1	10	
Utandningsprov, 32 §				1	
Låsbar enhet, 34 §	33	13	11	47	26
Avskild, 34 §	5		1	2	1
Försändelse kontroll, 35 §		1			33

Omhändertagen egendom

I 31 § LVM finns ett förbud för intagna vid LVM-hem att inneha alkoholhaltiga drycker, narkotika, flyktiga lösningsmedel, medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor eller injektionssprutor, kanyler eller andra föremål ”som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning av narkotika” (31 § LVM). Detsamma gäller enligt samma lagrum ”annat” som kan vara ”till men för vården eller ordningen vid hemmet”. Till kategorin ”annat” räknas bland annat vapen och tillhyggen som kan skada personalen eller andra intagna. JO har uttalat, att det även kan röra sig om ”olämpliga” medicinarecept, större penningssummor, bankomatkort och ID-handlingar.² Sedan lagens tillkomst har tolkningsramen utvidgats, vilket kan leda till att olika principer kan kollidera vilket närmare har utvecklats ovan.

² JO 1992/93 s. 411, JO 1995/96 s. 294, JO 2000/01 s. 310.

Om egendom som anges i 31 § påträffas *får* den omhändertas. I 31 § anges emellertid inte *vem* som ges beslutsbefogenhet att omhänderta otillåten egendom. Däremot framgår det av 36 § att det är föreståndaren som skall låta förstöra eller försälja egendom som om har omhändertagits och som anges i 31 § LVM. Detta innebär att all egendom som omhändertas enligt 31 § inte får förstöras eller försälas. Bestämmelsen omfattar inte egendom som är att hänföra till ”annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet” (31 § sista meningen), vilken måste återlämnas till klienten när denne skrivs ut från LVM-hemmet. I SiS interna allmänna råd (1997:1) framgår att beslut om att omhänderta påträffad egendom skall antecknas i patientjournalen och på ett särskilt beslutsformulär. När egendom förstörs skall ett vittne närvara och beslutet skall antecknas i patientjournalen.

En snarlik bestämmelse om förbud och omhändertagande av viss egendom gäller även när en klient är frivilligt intagen vid ett HVB-hem med kommunen eller landstinget som huvudman (16 kap. 7 § SoL),³ men institutionens befogenhet är i detta avseende mer begränsad jämfört med vad som gäller enligt LVM.

LVM-utredningens undersökning visar att omhändertagande av egendom endast förekommit, eller i vart fall dokumenterats, vid tre av de undersökta LVM-hemmen, nämligen Frösö, Rebecka och Gudhemsgården. Vilken egendom som enligt dokumentationen omhändertagits framgår av tabell 6:2.

³ HVB-institutionen får besluta om förbud för den intagne att inneha ”alkohol och andra berusningsmedel” samt injektionssprutor eller kanyler.

Tabell 6:2. Omhändertagen egendom vid de undersökta LVM-hemmen vecka 26 år 2003.

Egendom	Antal fall	Motivering
Medicin	10	Till men för vården
Recept	3	Till men för vården
Trasig mobiltelefon	1	Till men för vården
Mobiltelefon	24	Till men för vården / anses störa ordningen
Laddare till mobil	3	Till men för vården
1 SIM-kort	1	Till men för vården
Reservbatteri till mobil	2	Till men för vården
Handset till mobil	1	-
Kamera, walkman, freestyle	4	Till men för vården / anses störa ordningen
Nycklar	2	Till men för vården / anses störa ordningen
Verktyg;skruvsats, blocknyckel, kniv o.d.	7	Till men för vården
Blåsrör med tillhörande pilar	1	Till men för vården
Hundkoppel	2	Anses störa ordningen
Nagelfil, armband	2	Till men för vården
Burk med luftgevärsskott	1	Till men för vården
Tidningar; Slitz, herrtidningar	2	Till men för vården / anses störa ordningen
Öl	1	Till men för vården
Urdruckna ölburkar	1	Till men för vården
Gråvitt pulver	2	Till men för vården
Skedar	1	Till men för vården
Bankomat kort, Filofax med bankomat kort, ID-kort	4	Omhändertages för att återlämnas / till men för vården
Pantbankskvitton	1	-"-
Tobak, cigaretter, snus	11	Utbyttes/till men för vården
1 rökpipa	1	Till men för vården
Inkommande "vadderat brev", post/paket, brev som ej var visiteringsbart p g a att det var fyllt med märken och tejp	3	Misstänks innehålla droger/anses störa ordningen

De skäl som angivits för att motivera att egendom omhändertagits är standardformuleringarna: till men för vården respektive anses störa ordningen vid hemmet. Någon annan motivering till *varför* man gjort denna bedömning framgår inte, varken i diariet eller i journalerna.

Det förefaller vara sällsynt att det omhändertas missbruksmedel och narkotikaverktyg, i vart fall har det inte dokumenterats. 31 § LVM ger lagstöd för att omhänderta även "annat" som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Syftet med denna möjlighet för behandlingshemmen är främst att förhindra att personal och övriga intagna kommer till skada (prop. 1981/82:8 s. 94). Varför mobiltelefoner, som omhändertas i stor omfattning, anses vara till men för vården framgår inte. Inte heller varför de anses störa ordningen. Man kan också fråga sig varför i så fall inte Lunden och Rällsögården har omhändertagit mobiltelefoner.

Omhändertagande av s.k. herrtidningar har diskuterats av Gustafsson (2001, s 548 f), som ställer sig tveksam till om ett omhändertagande av en tryckt skrift kan anses ha lagstöd. Enligt 2 kap. 1 § RF är varje medborgare gentemot det allmänna tillförsäkrad frihet att inhämta och motta upplysningar samt i övrigt ta del av tryckta tankar, åsikter och känslor. Om lagstiftarens möjlighet att begränsa informationsfriheten stadgas i 2 kap. 12-13 §§ RF. Sålunda får informationsfriheten begränsas genom lag (12 § första stycket) men begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet och aldrig sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen (12 § andra stycket). Av 2 kap. 13 § RF framgår bland annat, att yttrande- och informationsfriheten får begränsas med hänsyn till rikets säkerhet, folkförsörjningen, allmän ordning och säkerhet, enskilds anseende, privatlivets helgd eller förebyggandet och beivrandet av brott.

Innehav av en tidning kan knappast leda till att någon kommer till *fysisk skada* även om någon skulle få för sig att använda tidningen som vapen eller tillhygge. Säkert kan man tänka sig att en del intagna och personal rent allmänt kan bli illa berörda av pornografiska skrifers innehåll, men det är knappast en sådan situation som föranlett bestämmelsen. Att enbart förbjuda innehav av en s.k. herrtidning med hänvisning till dess mer eller mindre pornografiska innehåll torde inte vara förenligt med 31 § LVM och ändamålsprincipen i 2 kap. 12 § RF.⁴ Kan åtgärden emellertid motiveras med

⁴ Jfr JO 1990/91:1 s. 104 f. och JO 1994/95:JO1 s. 179 ff. I det senare fallet hade en besökare till intagen på kriminalvårdsanstalt medfört 20 serietidningar. Den intagne bereddes tillfälle

hänvisning till vårdfrågan, för den enskilde eller övriga intagna, torde ett temporärt omhändertagande av tidningen inte strida mot bestämmelserna. Däremot är tidningar inte sådan egendom som kan förstöras enligt 36 § LVM.

En jämförelse kan göras med 24 § KvaL där det framgår att en intagen på kriminalvårdsanstalt i den utsträckning det kan ske utan olägenhet, får skaffa sig eller ta emot bland annat böcker, tidskrifter och tidningar.⁵ Den bestämmelsen ger sålunda explicit utrymme för vissa inskränkningar i den i 2 kap. 1 § RF tillförsäkrade informationsfriheten. 31 § LVM innehåller ingenting om vilken egendom den enskilde får lov att inneha, utan anger endast att egendom *av visst slag inte* får innehas. I varje enskilt fall krävs det en bedömning av om den ifrågavarande egendomen faller in under kategorierna missbruksmedel, narkotikaverktyg eller annat till men för vården eller ordningen vid hemmet. Man måste vara särskilt försiktig när det gäller att begränsa det fria ordet och förvissa sig om att en begränsning inte föranleds av andra icke ändamålsenliga överväganden.

LVM-hemmen förefaller inte ta ställning till om den omhändertagna egendomen kan anses vara till men för vården *eller* ordningen vid hemmet. En nagelfil kan till exempel knappast vara till men för själva vården men väl för ordningen vid hemmet. Detta är en konsekvens av att standardformuleringar används.

Förstörande av egendom

Endast i sammanlagt åtta fall har omhändertagen egendom förstörts i enlighet med 36 § LVM. Det handlar om skedar, stas, vitt pulver, öl och urdruckna ölburkar samt i något fall enstaka tabletter. Recept på preparat begärliga i missbrukarledet verkar förvaras för senare återlämning, trots JO:s och Socialstyrelsens uttalande i JO 1992/93 s. 411.

att välja ut 6 stycken tidningar. Resterande fick återlämnas eftersom det saknades personella möjligheter att visitera samtliga tidningar. Detta ansågs av JO inte vara ett angrepp på den fria opinionsbildningen. Tidningarna kunde dock, menade JO, omhändertagits och överlämnats till den enskilde vid ett senare tillfälle efter undersökning.

⁵ I riksdagens riksmöte 2002/03 har frågan om porrtidningar vid vissa kriminalvårdsanstalter aktualiserats genom att en enskild fråga har ställts till justitieministern (fråga 2002/03:424 och 2002/03:1345). I samband med sistnämnda fråga uttalade statsrådet, att "från Justitiedepartementets sida kommer vi att ta upp en dialog med Kriminalvårdsstyrelsen om tillämpningen av denna bestämmelse [24 § KvaL]".

Kroppsvisitation

Om det *anses påkallat* får den som vårdas enligt LVM kroppsvisiteras när han eller hon kommer till LVM-hemmet i syfte att kontrollera att vederbörande inte bär på sig något som inte får innehas där (32 §). Detsamma gäller om det under vistelsen uppkommer misstanke att sådan egendom skall påträffas hos klienten.

Innebörden av begreppet kroppsvisitation är inte entydigt. Enligt 28 kap. 11 § tredje stycket RB avses med *kroppsvisitation* en undersökning av kläder och annat som någon bär på sig samt av väskor, paket och andra föremål som någon har med sig.⁶ Definitionen anses vara vägledande för tolkning och tillämpning av begreppet även i annan lagstiftning.⁷ RB:s reglering är avsedd att vara uttömmande och några andra undersökningsobjekt än sådana som täcks av paragrafens lydelse kan inte komma i fråga inom ramen för en kroppsvisitation (prop. 1993/94:24 s. 38, 30).

Förutsättningarna för en kroppsvisitation är att det vid ankomsten till hemmet är påkallat och att det under vistelsen *uppkommer misstanke* att otillåten egendom skall påträffas. Innebörden härav är, att åtgärden inte får vidtagas såvida det inte finns en *välgrundad anledning* att anta att man kommer att finna egendom av i 31 § angivet slag. De i bestämmelsen förekommande misstankegraderna torde ur bevisstyrkehänseende kunna jämföras.⁸

Kroppsvisitation förekommer på samtliga undersökta LVM-hem, dock inte i någon större omfattning den här aktuella veckan. Motiveringen till varför LVM-hemmen ansett åtgärden påkallad vid ankomsten är av standardkaraktär och i princip likalydande i samtliga fall på alla granskade LVM-hem. Sålunda anges regelmässigt ”vid ankomst för kontroll att han inte bär på sig något han inte får inneha” eller ”vid intag för att förhindra införsel av droger”. Med ankomst avses då även fall då klienten återkommer efter avvikning eller § 27-vistelse. Några särskilda överväganden om åtgärden är påkallad eller inte förefaller inte göras.

I vissa fall talas i journalen om att klienten ”visiterats” utan att man som läsare får klart för sig vad som gjorts. Mycket talar dock för att det är fråga om en yttlig kroppsbesiktning. I diarier har nämligen noterats att det är fråga om en sådan åtgärd medan jour-

⁶ Se utförligt Gustafsson 2001, s. 562 ff.

⁷ Prop. 1993/94:24 s. 80. Justitieutskottet (1993/94:JuU7 s. 4 f) ställde sig bakom tanken att det i RB skall finnas en enda definition av respektive begrepp och att regleringen i RB skall fungera som bas för regleringen i andra lagar.

⁸ Jfr Gustafsson 2001, s. 519 ff och 560 f.

nalerna anger att klienten ”visiteras och duschas” eller ”blåser och visiteras vid ankomsten”. Ett annat exempel är följande:

Beslutas om att visitera avdelningen. Visitation av klientrum och allmänna utrymmen vidtas. Därefter skall visitation av klienterna vidtas. Samtliga klienter frånsett en vägrar visitation. X vägrar gå med på visitation. Polis kommer och är behjälplig vid visitation som förlöper u.a.

Genomgång av klientens rum och bagage registreras ibland som kroppsvisitation i diariet och klargörs i en notering. Det förekommer dock i liten omfattning, i vart fall under den kontrollerade veckan och med utgångspunkt från vad som registrerats. Det händer också att ”visitation av rum” enbart noterats i journalen.

Ytlig kroppsbesiktning

Ytlig kroppsbesiktning regleras i samma bestämmelse som kroppsvisitation och får förekomma under samma förutsättningar. Begreppet är inte definierat i lagen eller i någon annan lag. Ytlig kroppsbesiktning anses emellertid vara en av flera former av undersökningar som ryms under begreppet kroppsbesiktning (prop. 1993/94:24 s. 60) mot vilket varje medborgare åtnjuter ett skydd enligt Regeringsformen. Beträffande innebörden av begreppet i LVM hänvisades i förarbetena till vad som i samma proposition anförts i anslutning till motsvarande bestämmelser i LVU och KvaL (14 § LVU, 29 och 52 b §§ KvaL).⁹ Undersökningen kan gå till så, sägs det, att den enskilde ”ombeds att ta av sig kläderna och stå upp, varefter den tjänsteman som utför visitationen granskar de delar av kroppen som är synliga samt fotsulorna. Även huvudhåret och armhålorna får granskas. I övrigt är det emellertid *inte* tillåtet att be den som skall undersökas att inta särskilda ställningar för att de för ögat dolda delarna av kroppen skall kunna iakttas liksom inte heller att undersöka munhåla eller annan hålighet eller beröra vederbörandes nakna kropp för att undersöka delar av denna. I så fall blir det fråga om en ordinär kroppsbesiktning” (prop. 1981/-82:141, s. 44). I förarbetena till nu gällande LVM har begreppet inte vidare diskuterats (prop. 1987/88:147).

LVM-utredningens undersökning visar att ytlig kroppsbesiktning förekommer i stor omfattning. Det tycks förekomma regelbundet vid ankomsten till institutionen och även regelmässigt efter

⁹ Se prop. 1981/82:141 s. 51.

avvikning och vid återintag efter § 27-vistelse. Liksom beträffande kroppsvisitation görs i journalerna eller i diariet inga noteringar om varför åtgärden ansetts påkallad. Det motiveras endast med samma schabloniserade skrivning som förekommer i 31 § nämligen ”för kontroll att han inte bär på sig något han inte får inneha”. I de fall det uppkommit misstanke under vistelsen på LVM-hemmet att otillåten egendom skall påträffas hos klienten noteras som regel endast att sådan misstanke finns, inte vad som föranlett misstanken. I något fall har man i journalen beskrivit detta, men det hör till undantagen.

Urinprov m.m. enligt 32 a §

Enligt 32 a § LVM är klienten skyldig att efter uppmaning lämna blod-, urin- eller utandningsprov *vid ankomsten* till LVM-hemmet och *i samband med vistelse i annan form enligt 27 §*. Förutsättningen är att *det kan misstänkas* att den intagne är påverkad av något medel som räknas upp i bestämmelsen. Inte heller denna åtgärd får således tillämpas rutinmässigt eller generellt, utan det skall finnas en välgrundad anledning i varje enskilt fall.

Endast LVM-hemmet Rebecka och Gudhemsgården har registrerat urinprovsundersökningar i någon större omfattning. Det är emellertid enligt journalerna uppenbart att urinprovsanalyser ändå förekommer under vistelsen, sannolikt då med klientens samtycke. Det kan till exempel framgå av journalen att klienten ”erbjuds lämna urinprov för drogtest utifrån att vi misstänker droger på avdelningen”.

Endast Gudhemsgården har redovisat att utandningsprov har tagits.

Motiveringen till att prov tagits är också av standardkaraktär; i syfte att kartlägga missbrukets omfattning/styrka drogfrihet eller för att styrka drogfrihet inför en § 27-placering. Gudhemsgården har emellertid använt sig av förevarande lagrum då provtagning gjorts vid misstanke om droger på avdelningen, för kontroll efter tidigare positivt utslag och för att följa nedtrappning vilket inte är lagens avsikt.

Låsbar enhet

Enligt 34 § andra stycket LVM får den intagne beredas vård vid en enhet inom hemmet som är låsbar eller på annat sätt inrättad för särskilt noggrann tillsyn. Förutsättningen är att det är nödvändigt med hänsyn till den intagnes, övriga intagnas eller personalens säkerhet, eller att det är nödvändigt för att förhindra att den intagne avviker eller för att i övrigt genomföra vården. Vilka situationer lagstiftaren avsett beträffande den senare anledningen anges inte i förarbetena och författningens formulering ger utrymme för tillämpning i vitt skilda situationer.

Även denna åtgärd måste föregås av en individuell prövning. Placeringar på låsbar enhet måste alltså föregås av ett övervägande beträffande varje enskild klient och rutinmässiga placeringar bör sålunda inte förekomma (jfr JO 1995/96 s. 294 ff.).

Generellt kan sägas att vistelse på låsbar enhet är den tvångsåtgärd som förekommer i störst omfattning. Regelmässigt placeras klienterna på låst avdelning. Några särskilda överväganden om åtgärdens nödvändighet står inte att finna i journalerna utan det motiveras med standardformuleringen ”för att i övrigt genomföra vården” eller ”för att säkerställa avgiftning samt bedöma avvikeringsrisk”. Vissa LVM-hem, exempelvis Lunden, har enbart låsta avdelningar. För dem torde det vara en omöjlighet att göra en individuell bedömning om låst avdelnings nödvändighet och de kan svårligen leva upp till lagstiftarens krav att klienten skall vistas i så öppna vårdformer som möjligt.

Regelmässigt är det också så att om klienten avviker placeras denne med automatik på låst avdelning vid återkomsten. Det kan i och för sig framstå som en rimlig åtgärd, men lagen kräver likväl en individuell bedömning där skälen redovisas.

Avskildhet

Om det är *särskilt påkallat* på grund av att den intagne uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen, får den intagne hållas avskild från de övriga vid hemmet. Klienten får inte hållas i avskildhet längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt och inte i något fall under längre tid än 24 timmar i följd. Inledningsvis kan sägas, att enligt den genomförda undersökningen har klienter inte hållits avskilda

längre tid än tillåtet. Åtgärden i sig förekommer inte i någon större omfattning vilket är följdriktigt med hänsyn till de stränga kriterierna för denna åtgärd. Vanligtvis uppges i journal och diarium som skäl för avskiljningen att klienten uppträtt våldsamt.

Försändelsekontroll

Försändelser till klienter vid ett hem för särskilt noggrann tillsyn (23 § LVM) får, enligt 35 § LVM, kontrolleras om det behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet eller den intagnes särskilda förhållanden. Försändelsekontroll synes enligt dokumentationen sällan förekomma trots att man uppenbarligen kontrollerar posten och omhändertar ”vadderade kuvert” och dylikt (se avsnitt ovan om omhändertagen egendom). Det är iögonenfallande, att det endast är Rällsögården och Rebecka som registrerat försändelsekontroll under den aktuella veckan, den förra 33 fall och den senare ett fall. Som regel motiveras åtgärden med en standardformulering; ”med hänsyn till ordningen vid hemmet”.

6.3.2 Diskussion med anledning av undersökningen

I KIA registreras användning av de särskilda befogenheterna i klientdiariet men även i klientens journal. I SiS information om KIA (2002-12-03) skall man numera skilja på beslut om kroppsvisitation respektive ytlig kroppsbesiktning. Till de olika åtgärdstyperna, exempelvis kroppsvisitation, är det sedan möjligt att lägga till beslutstext utifrån redan färdiga textförslag. Denna s.k. autojournaltext har det inte gått att få någon fullständig bild av i anslutning till genomgången av tillämpningen av befogenhetsbestämmelserna. Man kan dock dra slutsatser om hur autojournaltexten är utformad eftersom den ständigt återkommer i LVM-hemmens dokumentation. Av denna anledning har det heller inte ansetts meningsfullt att granska ytterligare LVM-hem, eftersom ordalydelsen är densamma i alla journaler. Det har inte heller gått att få någon uppfattning om vad som har föregått LVM-hemmets beslut att genomföra åtgärden.

Anvisningarna till KIA och autojournaltexten som skrivs för att påvisa skälet till att en viss åtgärd har vidtagits medför att journaler och klientdiarier är lättlästa och överskådliga. Man kan dock anföra

principiella invändningar mot hur systemet och dess rutiner i dag är utformade. Nuvarande rutiner kan framstå som ett potentiellt hot mot den enskildes rättssäkerhet.

Som framgått ovan anger varje befogenhetsbestämmelse särskilda förutsättningar som skall vara uppfyllda i varje enskilt fall för att åtgärden skall få vidtas. Bestämmelserna är utformade för att mana beslutsfattaren till eftertanke innan man vidtar en integritetskränkande åtgärd. Ett system där man noterar att en ytlig kroppsbesiktning har ägt rum och motiverar den med en färdig text formulerad efter lagens rekvisit bidrar inte till detta. För att i någon mån kunna kontrollera om åtgärderna vidtagits i enlighet med lagstiftningen måste dokumentationen redogöra för den faktiska händelsen och vilka överväganden som föranlett åtgärden. Ett beslut om att utnyttja en särskild befogenhet är ett betungande förvaltningsbeslut som skall motiveras utifrån förvaltningslagens bestämmelser. Därvid torde det inte vara att anse som en motivering att enbart använda sig av lagtexten.

6.4 Vissa frågeställningar om användningen av särskilda befogenheter

6.4.1 Kroppsvisitation, ytlig kroppsbesiktning och olika typer av provtagning i kontrollsyfte

Inledning

Den bärande principen i 2 kap. 6 § RF är att medborgaren, inom ramen för de grundläggande fri- och rättigheterna, åtnjuter ett grundlagsenligt skydd mot bland annat påtvingat kroppsligt ingrepp, kroppsvisitation och husrannsakan.

Genom särskilt lagstöd har myndigheter givits möjlighet att besluta om kroppsvisitation och kroppsbesiktning (till exempel § 32 LVM § 17 LVU, § 23 LPT, § 46 SmskL, § 29 och 52 a - 52 c §§ KvaL, 27 § lag [2000:1225] om straff för smugglig). En avgörande fråga är vad som är att hänföra till begreppet ”kroppsligt ingrepp”, eftersom tolkningen av detta avgör om och i så fall vilket lagstöd som krävs för att en myndighet skall kunna föranstalta om exempelvis olika typer av drogtester. Under vilka premisser är det möjligt för ett LVM-hem att kräva att en intagen klient skall lämna urinprov? Är det möjligt att ersätta ett eventuellt lagstöd med frivilligt samtycke från klientens sida? Svaret på dessa frågor är bero-

ende av om exempelvis urinprovtagning faller innanför eller utanför det område som regleras i 2 kap. 6 § RF (Warnling-Nerep 2002).

Tvångsmedel samt åtgärder som har karaktären av tvångsmedel

Polisrättsutredningen gör i sitt slutbetänkande *Tvångsmedel enligt 27 och 28 kap. RB samt polislagen* (SOU 1995:47) en utförlig genomgång av innebörden av straffprocessuella tvångsmedel i form av husrannsakan, kroppsvisitation och kroppsbesiktning samt frågan om vilken betydelse som ett samtycke till ett ingripande bör anses ha. Nämnada utredning definierar denna typ av tvångsmedel som ”sådana direkta ingripanden mot person eller egendom som företas i myndighetsutövning och som utgör någon form av intrång i en persons rättssfär. Det bör dessutom vara fråga om åtgärder som syftar till att åstadkomma ett konkret resultat, inte endast ett rättsligt resultat, och som dessutom medför synbara eller kännbara verkningar för den som åtgärden riktar sig mot” (ibid. s. 137). Som tvångsmedel bör vidare, framhåller utredningen endast betraktas sådana åtgärder som företas av myndigheter.

Det finns skäl att här uppmärksamma Polisrättsutredningens överväganden och förslag, eftersom det där finns presenterat ett omfattande utredningsmaterial som har direkta beröringspunkter med LVM-utredningens uppdrag att analysera de särskilda tvångsmedel som LVM-hemmet får använda sig av i vissa situationer, däribland kroppsvisitation, yttlig kroppsbesiktning och provtagning. Polisrättsutredningen ansåg för sin del att utgångspunkten för den svenska lagstiftningen bör vara ”att en åtgärd som får anses utgöra ett intrång i de i Europakonventionen och regeringsformen skyddade fri- och rättigheterna eller som annars betraktas som tvångsmedel, inte får företas annat än på de villkor som anges i lag, oavsett om den som utsätts för ingripandet har samtyckt till det eller ej” (ibid. s. 137). Frågan om samtycke berör LVM-utredningen i avsnitt nedan.

Kroppsvisitation och påtvingat kroppsligt ingrepp enligt RF

Kroppsvisitation i regeringsformens mening innebär undersökning av en persons kläder eller av det som han eller hon *bär med sig*, exempelvis en väska (SOU 1975:75 s. 362). Rättegångsbalken har

en likalydande definition, men där klargörs att det också innefattar ”annat som någon bär på sig samt (...) väskor, paket och andra föremål som någon har med sig” (28 kap. 11 § tredje stycket RB). Kroppsvisitation är lindrigare än ett kroppsligt ingrepp eftersom den förra, trots beteckningen, inte riktas direkt mot den enskildes kropp.

Med *påtvingat kroppsligt ingrepp* avses främst våld mot människokroppen, varvid inkluderas kroppsbesiktning i form av framför allt läkarundersökning, smärre ingrepp av typ vaccination och blodprovtagning samt liknande företeelser (SOU 1975:75 s. 356, prop. 1975/76:209 s. 147). Rynning (1994, s. 107) anser att för att ett ingrepp skall anses påtvingat krävs det att den enskilde har ”nödgets tåla” det kroppsliga ingreppet och att det finns anledning att anta att vederbörande skulle ha motsatt sig ingreppet om han/hon varit tillfrågad.

I förarbetena till RF gör 1973 års fri- och rättighetsutredning en uppdelning i tre olika typer av integritetskränkande ingrepp, men betonar samtidigt att uppdelningen ”är tämligen godtycklig och att gränsdragningen mellan kategorierna är svår, eftersom vissa fall utgör mellanformer som kan hänföras till mer än en kategori” (SOU 1975:75, bilaga 11, s. 356). Enligt rättegångsbalken utgörs kroppsbesiktning av ”undersökning av människokroppens yttre och inre samt tagande av prov från människokroppen och undersökning av sådana prov” (28 kap. 12 § andra stycket RB). Elisabeth Rynning framhåller i sin avhandling – med hänvisning till 1973 års fri- och rättighetsutredning – att även sjukvård ”i mera allmän bemärkelse” kan räknas som kroppsbesiktning (SOU 1975:75 s. 356; Rynning 1994, s. 102). Till denna kategori räknas skyldigheten att lämna utandningsprov för alkoholtest.

JO har sedan mitten av 1980-talet berört frågan om urinprovtagning och om en sådan åtgärd skall anses utgöra ett ”påtvingat kroppsligt ingrepp” i regeringsformens mening:

- I en och samma ämbetsberättelse (1984/85) redovisade JO olika ställningstaganden i samma principfråga, och det faktum att ”ombudsmännens praxis kan komma på kollisionskurs” berörs av Jesper Ekroth i en offentlighetsstudie om JO-ämbetet (Ekroth 2001, s. 280).¹⁰ JO *Sverne* (JO 1984/85 s. 227) framförde kritik mot ett inackorderingshem för att personalen

¹⁰ Dessa två ställningstaganden från JO diskuteras också av Wiweka Warnling-Nerep i FT 2002:1, s 19-42.

utan ett uttryckligt lagstöd hade beslutat att en klient skulle lämna urinprov; i annat fall hotades klienten av sanktion. JO noterade att det vid inackorderingshemmet hade saknats lagstöd för att utföra kroppsvisitation och kroppsligt ingrepp till vilket JO även räknade urinprovtagning och utandningsprov. JO *Holstad* gjorde i ett annat ärende en motsatt bedömning (JO 1984/85 s. 343). Ärendet gällde en skola som genomfört urinprovtest av eleverna utan att informera om att deltagandet var frivilligt. JO ansåg för sin del att det var "tveksamt" om urinprovtagning var att betrakta som ett kroppsligt ingrepp i regeringsformens mening: "Förarbetena ger här inga klara besked och för allmänt språkbruk framstår det som främmande att beteckna ifrågavarande provtagning som ett kroppsligt ingrepp" (s. 345).

- I de ärenden som JO har behandlat fram till 2000/01 har JO *Holstads* uppfattning bekräftats, dvs. att urinprovtagning inte är att anse som ett påtvingat kroppsligt ingrepp i regeringsformens mening (Ekroth 2001, s. 282ff.).¹¹ JO *Ragnemalm* framhöll i ett uttalande (JO 1988/89 s. 350), att urinprovtagning visserligen var en åtgärd som uppvisade "avsevärda likheter" med blodprovtagning och utandningsprov, men att urinprovtagning å andra sidan inte uttryckligen likställdes med sistnämnda åtgärder "i vare sig förarbeten eller lagkommentar". JO *Ragnemalm* ansåg emellertid ändå att ett åläggande att medverka vid sådan provtagning "som huvudregel måste grundas på föreskrifter, som meddelas genom lag, dock med den skillnaden, att normgivningskompetens i sådant fall under vissa i kapitlet angivna förutsättningar kan delegeras till regeringen", dvs. att det likväl krävs ett lagstöd enligt 8 kap. 3 § RF. Samma ställningstagande gjorde JO *Ragnemalm* i ett liknande ärende några år senare (JO 1992/93 s. 495). JO *Norell Söderblom* ansåg tvärtemot *Ragnemalms* uppfattning att det inte skulle krävas något lagstöd för att kräva att den enskilde skulle lämna urinprov.
- JO *Pennlöv* har prövat frågan om former för urinprovtagning av en kvinnlig intagen på kriminalvårdsanstalt (JO 2000/01 s. 218). I sitt yttrande till JO anför kriminalvården att "konklu-

¹¹ Ekroth (2001, not 354 s. 283) anser att JO:s ställningstaganden om urinprovstagning och frågan om kroppslig ingrepp ger uttryck för "en restriktiv tolkning av RF 2:6". Som en kontrast till dessa utlåtanden refererar Ekroth JO 1991/92 s. 52, där chefs-JO *Eklundh* i ett ärende rörande polisingripande vid en demonstration ansåg att "de regler som skyddar de grundläggande fri- och rättigheterna bör ges en generös tolkning" (s. 60).

sionen blev att kroppsbesiktning omfattar urinprovtagning---". JO uttalade att han "delar den bedömning som Kriminalvårdsstyrelsen framfört i sitt remissvar". Warnling-Nerep (2002) anser att hon för egen del inte kan tolka detta uttalande på annat sätt än att urinprovtagning "på nytt" inkluderas i 2 kap. 6 § RF, dvs. att urinprovtagning *är* att anse som ett kroppsligt ingrepp

Rynning (1994) framhåller i sin avhandling att "det framstår inte som rimligt att alkoholutandningsprov betraktas som kroppsligt ingrepp men däremot inte urinprovstagning, enbart av det skälet att den förra åtgärden men inte den senare finns angiven i en *exemplifierande*, icke uttömmande uppräknings i regeringsformens förarbeten" (s. 103). Även Wiweka Warnling-Nerep har i den tidigare refererade artikeln uttryckt samma uppfattning: "Det verkar helt enkelt inte rimligt att ett utandningsprov hänförs till RF 2:6 medan ett urinprov faller utanför, *särskilt inte* med den förklaringen att endast det förra fanns medtaget i *enumerationen* i grundlagsmotiven; det bör väl ändå vara helt andra kriterier än slumpvis gjorda uppräkningsningar som styr omfattningen av grundlagsskyddet?" (Warnling-Nerep 2002, s. 19).

Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning enligt LVM

Av 32 § LVM framgår att kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning får göras "om det under vistelsen i hemmet uppkommer misstanke att sådan egendom [som han inte får inneha] skall påträffas hos honom". I förarbetena till ursprungliga LVM framgår att därmed avsågs "undersökning av någons kläder eller väska eller något annat som han för med sig, däremot inte av hans kropp" (prop. 1981/92:8 s. 94).

I den ursprungliga lagen fanns ingen bestämmelse om kroppsbesiktning, men dåvarande 17 § LVM kompletterades den 1 oktober 1982 med en sådan bestämmelse, vilken möjliggjorde för personal på LVM-hem att företa en ytlig kroppsbesiktning (SFS 1982:404). Detta begrepp infördes dock först i (dåvarande) 19 § varusmuggningslagen¹² och beskrivs i förarbetena som en lindrigare variant av kroppsbesiktning. Ytlig kroppsbesiktning förekommer numera

¹² Varusmuggningslagen upphörde den 1.1.2001 och ersattes av lagen (2000:1225) om straff för smuggling..

som begrepp även i 29 § KvaL, 3 § lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus, 27 § lagen (2000:1225) om straff för smuggling, 46 § smittskyddslagen (1988:1472), 17 § LVU, 13 § lagen (1990:749) om valutareglering samt 23 § LPT.

Utformningen av gällande 32 § LVM om *ytlig kroppsbesiktning*¹³ har i princip varit oförändrad alltsedan tillkomsten av förutvarande § 17 LVM med undantag för någon språklig justering när nuvarande LVM trädde i kraft i januari 1989. Med ytlig kroppsbesiktning avses vanligtvis en granskning av kroppens synliga delar (SOU 1995:47 s. 90). I specialmotiveringen till 46 § smittskyddslagen, som är intressant i detta sammanhang eftersom lagbestämmelsen har haft ”gamla” 17 § LVM som förebild, klargörs att det därmed avses ”en yttre granskning av de delar av den nakna kroppen som är synliga. Detta inkluderar även armhålorna, håret och fotsulorna. Det är inte tillåtet att undersöka munhåla eller annan hålighet eller att beröra den nakna kroppen för att undersöka delar av den” (prop. 1988/89:5 s. 137).

Dessa tvångsåtgärder får enbart utövas på intagna (”den som vårdas enligt denna lag”, 32 § LVM), inte på eventuella besökande till intagna. (I andra stycket finns en ändamålsprincip vid användningen av nämnda tvångsmedel). Otillåtna föremål som påträffas hos den intagne får omhändertas samt förstöras eller försäljas enligt 31 och 36 §§ LVM.

Rätten att använda ovannämnda tvångsmedel enligt LVM är mer begränsad i sin omfattning jämfört med vad som stadgas i KvaL. Skälet till detta är naturligtvis att KvaL är en straffrättslig lag. I 52 a-52 c §§ KvaL finns bestämmelser om kroppsvisitation som är mer långtgående än de som följer av LVM. Enligt 52 d § är en intagen under vissa förutsättningar skyldig att lämna urinprov och utandningsprov. Vägran att utan giltigt skäl lämna urinprov får enligt 32 § KvaL beaktas vid beviljande av s.k. korttidspermission. Som villkor vid besök får vidare föreskrivas att den besökande underkastar sig kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning eller medger underökning av väska o.dyl. som han vill medföra till besöket (29 § femte stycket samma lag). Någon motsvarande bestämmelse finns inte i LVM eller LVU.

¹³ Detta begrepp används inte i RB men däremot i vissa andra författningar, exempelvis 45 § smittskyddslagen som har haft samma konstruktion som LVM. I förslaget till ny smittskyddslag (prop. 2003/04:30) har regeringen inte föreslagit någon ändring av bestämmelsens utformning.

Om vissa former av provtagning

Både Statens institutionsstyrelse och JO har sedan mitten av 1990-talet verkat för en mer tydlig reglering av frågan om provtagning som tvångsmedel. JO framförde utifrån en anmälan från ett antal klienter som var intagna på LVM-hem, att ”jag anser inte att de regler som i dag gäller är tillräckligt tydliga i fråga om vad som gäller för urinprovtagning” (JO 1995/96 s. 294). I prop. 2000/01:80 presenterades förslag till lagreglering enligt vilken intagen med stöd av LVM eller LVU – dvs. ej intagen på LVM- och särskilda ungdomshem som vårdas enligt *socialtjänstlagen* – skulle kunna åläggas att lämna blod-, urin och utandningsprov. Denna skyldighet skulle dock, som närmare utvecklas nedan, gälla enbart i två särskilt angivna situationer.

I propositionen konstaterades att det vid SiS-institutionerna förekommer att urinprov tas vid misstanke om drogpåverkan samt ibland även stickprovsvis. Men, framhöll departementschefen vidare: ”Det finns dock varken i LVM, i LVU eller i LSU något lagstöd för att kräva att en intagen lämnar urinprov för att styrka drogfrihet” (prop. 2000/01:80 s. 116). I propositionen hänvisades till JO-uttalanden där JO inte funnit någon anledning att kritisera användningen av urinprov så länge den intagne *frivilligt* lämnar ett sådant prov.¹⁴ (Se dock avsnitt 6.4.2). JO ansåg dock ”att det skulle inge betänkligheter om en myndighet utan lagstöd skulle vägra den intagne någon förmån eller besluta om bestraffning enbart därför att han vägrar lämna urinprov” (JO 1995/96 s. 294).¹⁵ I förarbetena menade socialministern att det främst av rättssäkerhetsskäl men också av behandlingsmässiga skäl fanns ”starka motiv att frånga den i princip frivilliga hanteringen som gäller vid institutionerna i dag”.

Av rättssäkerhetsskäl är det viktigt att det tydligt framgår vilka tester som den intagne kan bli skyldig att genomgå (prop. 2000/01:80 s. 118). Med ikraftträdande den 1 juli 2001 infördes i LVM, i enlighet med regeringens förslag, en ny paragraf (32 a §)¹⁶ enligt

¹⁴ JO 1993/94 s. 302, JO 1995/96 s. 294.

¹⁵ Bakgrunden var att 14 intagna vid ett LVM-hem hade framfört klagomål mot att de intagna låstes in vid vägran att lämna urinprov. JO anförde att vid nämnda LVM-hem ”tolkar man alltid ett nekande till att lämna urinprov som en bekräftelse på att droganvändning har förekommit. Nekande att lämna urinprov leder där undantagslöst till att den intagnes personliga rörelsefrihet begränsas under en tid. En sådan lagtillämpning är alltför generell. LVM och socialtjänstförordningen får anses förutsätta att frågan om inlåsning prövas från fall till fall och efter individuella kriterier” (JO 1995/96 s. 294).

¹⁶ Motsvarande lydelse finns i 17 a § LVU.

vilken en klient "vid ankomsten till LVM-hemmet" och inför placering i annan vårdform enligt 27 § är skyldig att efter uppmaning lämna blod-, urin- eller utandningsprov för att kontrollera om personen är påverkad av alkohol, droger eller vissa andra ämnen.¹⁷ Med "ankomst" till LVM-hemmet avses här varje gång klienten återkommer till LVM-hemmet efter en vistelse utanför dess område. Departementschefen gör klart att den nya lagbestämmelsen inte får nyttjas för att utvidga användningen av denna typ av kontroller så att de görs mer eller mindre rutinmässigt. "Provtagning bör ske med urskiljning och skall endast genomföras då det på grund av omständigheterna i det särskilda fallet finns anledning att misstänka att en intagen är drogpåverkad" (prop. 2000/01:80 s. 118). Vidare betonas, att skyldigheten för den intagne att lämna prover (av nu nämnda slag) *inte* gäller om någon vårdas på frivillig grund på LVM-hemmet. Departementschefen ansåg att dessa tvångsåtgärder inte skulle omfatta klienter som var frivilligt intagna på SiS-institutioner med stöd av socialtjänstlagen. Han ansåg att det vare sig var "rimligt eller möjligt" att vidta tvångsåtgärder gentemot klienter som är frivilligt intagna på LVM-hem:

Tvångsbefogenheter mot en frivilligt vårdad skulle i de allra flesta fall tendera att bli ett slag i luften, eftersom personen i fråga är fri att lämna institutionen så snart han eller hon inte accepterar en sådan åtgärd. (prop. 2000/01:80 s. 119)

Oaktat detta ställningstagande betonas i propositionen, att kravet på drogfrihet vid SiS institutioner "självfallet" också skall gälla frivilligt intagna, vilket bör framgå av den behandlingsplan som ligger till grund för vården och som överenskommit med både den enskilde klienten och remitterad socialnämnd. I denna plan bör även regleras konsekvenserna av om klienten bryter kravet på drogfrihet under institutionsvistelsen.

6.4.2 Frågan om klientens samtycke till integritetskränkande åtgärd

Lagstiftaren och Statens institutionsstyrelse som ansvariga huvudmän för tvångsvården har i olika sammanhang berört ett antal principiella frågeställningar om s.k. *frivilligt samtycke* från klientens sida

¹⁷ I prop. klargörs att ett positivt utslag i ett drogtest vid en sällningsanalys alltid bör följas upp av en verifikationsanalys.

vid urin- och blodprovtagning, utandningsprov, kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Frågan har också berörts i doktrinen. Den avgörande frågan är om frivilligt samtycke från den enskilde skall kunna ersätta legala förutsättningar för tvångsmedel om man anser att sådana saknas.

I samband med den senaste revideringen av rättegångsbalkens bestämmelser om kroppsvisitation och kroppsbesiktning erinrade dåvarande departementschefen om att frågan om samtycke inte generellt reglerades i RB:

Med visst fog kan man i sådant fall påstå att det överhuvudtaget inte är fråga om någon tvångsmedelsanvändning, eftersom tvångsmomentet saknas. Grundlagsskyddet avser ju också enbart påtvingade ingrepp. Så snart ingreppet inte är påtvingat, eller m. a. o. frivilligt, är det inte frågan om någon inskränkning i det grundlagsenliga skyddet. Den förhärskande uppfattningen är också att samtycke innebär att en åtgärd, som utan samtycke vore grundlagsstridig, får genomföras” (prop. 1993/94:24 s. 39

JO har därutöver vid olika tillfällen behandlat frågan om innebörden av frivillighet i samband med användningen av integritetskränkande åtgärder:

- JO *Sverne* har framhållit att ”från grundlagsskyddet för den kroppsliga integriteten kan man avstå genom att lämna sitt medgivande till åtgärden. Avståendet måste dock i sådant fall vara frivilligt och ej ’påtvingat’ genom hot om sanktion” (JO 1984/85 s 227).
- JO *Norell Söderlbom* har vid två tillfällen uttalat ”att det rent allmänt kan sägas att så länge en intagen på ett LVM-hem frivilligt lämnar urinprov finns det inte någon anledning att kritisera förfarandet /.../” (1995/96 s. 294, se också JO 1993/94 s. 302).

Frågan om samtycke till användningen av tvångsmedel har alltså ofta inte betraktats som en kontroversiell fråga. Chefs-JO *Eklundh* har däremot framhållit att enligt hans mening ”kan den enskildes samtycke i princip inte åberopas till stöd för ett intrång på det grundlagsskyddade området, om uttryckligt lagstöd för ett sådant åberopande saknas” (JO 1991/92 s. 114). I ett nyligen avgjort ärende rörande samtycke till DNA-provtagning har JO förordat en lagreglering också av de undersökningar som i dag anses kunna grundas på samtycke (dnr 696–2001, beslut 2002-11-29).

SiS interna allmänna råd för verksamheten vid LVM-hemmen (IAR 1997:1) berör bland annat särskilda befogenheter. Dessa ses för närvarande över av myndigheten. Motsvarande allmänna råd för de särskilda ungdomshemmen har relativt nyligen omarbetats, vilket i detta sammanhang är av intresse eftersom lagbestämmelsen om drogtester i 17 a § LVU i princip är identiskt utformad jämfört med motsvarande reglering i 32 a § LVM. I de allmänna råden för särskilda ungdomshem understryks, såvitt gäller drogtester (utandnings- och blodprov samt urinprovtagning), vad som redan framgått av förarbetena. Statens institutionsstyrelse betonar att "urinprov kan vara ett viktigt pedagogiskt instrument i vården, men skall användas restriktivt och med urskiljning". I likhet med vad som anförs i prop. 2000/01:80 betonas även i SiS allmänna råd, att skyldigheten för den unge att lämna urinprov endast gäller för den som är intagen med stöd av 3 § LVU ("beteendefallen") och inte den som vårdas på frivillig grund eller med stöd av 2 § LVU. Möjligheten att kräva urinprov för dessa sistnämnda klienter är inte lagreglerad utan måste grundas på frivillighet.

En fråga som bör ställas är om det är adekvat att tala om ett "genuint" samtycke grundat på en klientens fria val i en situation när klienten vårdas med tvång enligt LVM. Exempelvis framgår det av SiS allmänna råd för LVM-verksamheten, att "uppkommer misstanke att en klient har tagit droger och han nekar till detta kan klienten *erbjudas* [vår kursivering] att lämna urinprov för att styrka sin drogfrihet. Man bör dock ställa frågan vilken innebörd detta "erbjudande" har utifrån den intagnes perspektiv.¹⁸ Den som är intagen på LVM-hem befinner sig i en beroendeställning i förhållande till hemmets ledning och personalgrupp i övrigt. Frivilligheten blir i detta sammanhang illusorisk. Ur den enskildes synvinkel är det inte säkert att det finns någon skillnad mellan åtgärder som kan genomföras med tvång och sådana åtgärder som förutsätter medverkan. Visserligen understryks det i de allmänna råden för särskilda ungdomshem att "ett positivt urinprov eller vägran att lämna urinprov inte (utgör) grund för bestraffning eller indragen förmån", men det kan finnas risk att den intagne uppfattar situationen på ett annat sätt.

¹⁸ Jfr JO:s beslut 2002-11-29 (dnr 696-2001) om att personer i en mordutredning, vilka inte var skäligen misstänkta för brott, "erbjöds" att frivilligt lämna salivprov. Vederbörande upplystes om att provet var fullständigt frivilligt och inte något påtryckningsmedel. JO var kritisk mot samtyckesförfarandet.

Beträffande samtycke till åtgärder som utgör straffprocessuella tvångsmedel ansåg Polisrättsutredningen att det kan "ifrågasättas om ett ingripande som utgör ett intrång i de mänskliga fri- och rättigheterna, såsom dessa beskrivs i regeringsformen och i de internationella konventionerna över huvud taget bör få ske med stöd av samtycke" (SOU 1995:47 s. 144). Vidare framhölls:

Om en person tillåter polisen att komma in och undersöka hans bostad, är det inte säkert att det sker fullt frivilligt. Polismannen kan mycket väl anse att han inte har använt tvång, medan det för den enskilde har framstått som att han inte hade något val. Ett ingripande som i det enskilda fallet kan genomföras utan tvång bör därför betraktas som ett fall av tvångsmedelsanvändning, om den ingripande myndigheten har möjlighet att använda tvång om det skulle behövas. /---/ En polisman som ingriper i myndighetsutövning ger rent faktiskt uttryck för samhällets maktbefogenheter, oavsett om han använder tvång eller inte. Så torde det också uppfattas av den person som ingripandet riktat sig mot och som därför befinner sig i ett sådant underläge att det strängt taget aldrig kan bli tal om någon egentlig frivillighet. (SOU 1995:47 s. 143, 145)

Polisrättsutredningens samlade slutsats var att "frivilligheten" ofta var mer eller mindre illusorisk. Det fanns därför "en avsevärd risk för att det ur den enskildes synvinkel i praktiken inte blir någon skillnad mellan åtgärder som kan genomföras med tvång och sådana åtgärder som förutsätter medverkan" (SOU 1995:47 s. 150).

7 Kontaktmannaskap enligt LVM

7.1 Inledning

Socialnämnden skall, i samband med att den inleder en utredning enligt 7 § LVM, ”utse en tjänsteman hos nämnden som skall svara för kontakterna med missbrukaren och med olika vårdgivare” (8 § LVM). I förarbetena används begreppet *kontaktman* om denna tjänsteman.¹ Socialstyrelsen ifrågasätter i sina allmänna råd (SOSFS 1997:6) denna användning av begreppet:

Socialstyrelsen har dock avstått från att använda det begreppet, eftersom det också brukar användas om den person på LVM-hemmet som

Modellen med kontaktmannaskap med liknande innehåll som inom LVM-vården utvecklades tidigt inom vuxenpsykiatrin men återfinns i dag även inom exempelvis kriminalvården.

7.2 Innebörd och tillämpning av kontaktmannaskap enligt LVM

Redan i 1981 års LVM fanns det i 14 § en bestämmelse enligt vilken ”socialnämnden skall utse en befattningshavare hos nämnden att svara för kontakterna med den intagne”. I förarbetena underströk departementschefen att detta borde ske så snart *nämnden* hade fått kännedom om att det var aktuellt att bereda någon vård enligt LVM (prop. 1981/82:8 s. 89). Det ankom alltså på nämnden att fullgöra denna skyldighet, men i samma förarbeten påtalades vikten av att detta skulle ske skedde skyndsamt, varför det var väsentligt att beslutanderätten delegerades.

Den 1 januari 1989, när den nu gällande 8 § LVM trädde i kraft, var länsstyrelsen fortfarande ansvarig för utrednings- och ansök-

¹ Se exempelvis prop. 1980/81:8 s. 89, SOU 1987:22 s. 373, prop. 1987/88:147 s. 95, 106.

ningsförfarandet enligt LVM. Socialnämnden var dock skyldig att lämna en redogörelse till länsstyrelsen för klientens förhållanden samt för vidtagna och planerade åtgärder. I samband med att nämnden upprättade sin redogörelse skulle den också utse en tjänsteman hos nämnden som skulle svara för kontakterna med den enskilde klienten och olika vårdgivare. I samband med att nuvarande LVM trädde i kraft förtydligades att kontaktmannen skulle utses redan under *utredningstiden*. Tidigare kunde detta enbart utläsas av förarbetena och av Socialstyrelsens allmänna råd. Anledningen till att bestämmelsen ändrades var att det erfarenhetsmässigt hade visat sig att den enskilde klienten behövde stöd även under själva utredningstiden (prop. 1987/88:147 s. 95). När kommunerna den 1 juli 1994 övertog ansökningsförfarandet om beredande av vård enligt LVM anpassades bestämmelsen om kontaktmannaskap redaktionellt² men förblev oförändrad i sak.

Avsikten med kontaktmannaskapet är att kontaktmannen, som inte får vara ledamot av nämnden,³ skall följa den enskilde klienten under hela utrednings- och vårdtiden. När vårdtiden är slut eller om tvångsvård inte kommer till stånd upphör kontaktmannaskapet per automatik utan att något särskilt formellt beslut behöver fattas, även om det inte är något som hindrar att en kontaktperson då i stället utses med stöd av 3 kap. 6 § SoL.⁴ I det senare fallet krävs samtycke, medan klienten inte kan motsätta sig att nämnden utser en kontaktman enligt LVM.

Till kontaktmannens uppgifter enligt 8 § LVM hör att informera den enskilde om vilka regler som gäller för vården samt förmedla kontakt med andra i hans eller hennes närhet som kan bistå, förutsatt att personen samtycker till att sådana kontakter tas (prop. 1987/88:147 s. 95). Därutöver skall kontaktmannen tillsammans med klienten och institutionen planera och förbereda de hjälpinsatser som bedöms nödvändiga inför utskrivningen. Vad som här främst avses är att tillgodose klientens behov av bostad och arbete (30 § LVM). I Socialstyrelsens förutvarande allmänna råd (1982:6) angavs vidare, att klienten ”skall kunna vända sig till kontaktmannen för råd och stöd om han möter problem under vårdtiden” (s. 36). I de allmänna råd (1989:3) som utfärdades strax efter det att 1988 års lag hade trätt i kraft gjorde Socialstyrelsen samma påpekande med tillägget att ”det är viktigt, att klienten av socialnäm-

² SFS 1994:96, 8 §

³ I 1981 års LVM kunde socialnämnden även utse en ledamot som kontaktman.

⁴ I SoL används benämningen ”kontaktperson”, inte kontaktman.

den och institutionen görs uppmärksam på, att han har rätt att själva upptäcka sådana frågor med kontaktmannen” (s. 51). Om denna informationsöverföring till klienten fungerar i praktiken är dock oklart.

Det är att märka att kontaktmannen måste vara ”en tjänsteman hos nämnden”. Klienten kan i och för sig föreslå en viss person att fullgöra denna funktion, men denne måste i så fall vara anställd av nämnden, dvs. i praktiken en person som redan tjänstgör inom socialtjänsten. Detta innebär också att en ny kontaktman måste utses om vederbörande skulle sluta sin anställning hos nämnden. Klientens möjlighet att i denna fråga *själv* få välja kontaktman är i praktiken obefintlig. Det är också en väsentlig skillnad mellan det uppdrag som en kontaktperson fullgör i LVM:s mening och det uppdrag som ett personligt ombud fullgör åt någon som är psykiskt funktionshindrad.⁵

I Socialstyrelsens allmänna råd (1989:3) framhölls, att kontaktmannen borde vara bekant med klienten sedan tidigare varför det var naturligt att klientens socialsekreterare utsågs till kontaktman, men att detta inte fick innebära ett slentrianmässigt förordnande som inte avsatte spår i socialsekreterarens arbete för och tillsammans med den enskilde klienten.

Den formella och praktiska hanteringen av kontaktmannaskapet enligt 8 § skiljer sig väsentligt mellan olika kommuner, och den varierar också mellan olika kommun- och stadsdelsförvaltningar. I en del större kommuner finns centrala riktlinjer som gäller LVM-hanteringen i stort. Två exempel:

- *Västerås stads* riktlinjer föreskriver att arbetsledaren (enhetschef eller konsulent) inom IoF-verksamheten genom särskilt beslut skall utse en kontaktman, vanligtvis en annan tjänsteman än handläggande socialsekreterare, när utredning enligt 7 § inleds. Delbeslutet skall därefter dokumenteras i det datorbaserade journalsystemet.
- *Stockholms stad* utarbetade under 2002 nya riktlinjer om LVM-hanteringen som finns samlad i en ”LVM-pärm”. Beträffande kontaktmannen anges att ”i normalfallet är detta handläggaren på stadsdelsförvaltningen”. Detta måste tolkas på så sätt att socialtjänstförvaltningen rekommenderar att handläggande utredare och kontaktman är samma person. Enligt vad LVM-utredningen erfarit är det – i varje fall vid de stadsdelsförvaltningar som handlägger en

⁵ Se vidare Socialstyrelsen (2002c, 2003g).

stor mängd LVM-ärenden – ovanligt att någon annan än den socialsekreterare som svarar för utredningen enligt 7 § LVM utses som kontaktperson. Beslutet att utse kontaktman i LVM:s mening skall anmälas till nämnden samtidigt med beslutet att inleda utredning enligt 7 §.

Det finns exempel på kommuner och stadsdelsförvaltningar, bland annat i Stockholm, som utser ytterligare en handläggare om det bedöms finnas ett behov i det enskilda fallet, exempelvis om det rör sig om ett särskilt ”svårt” ärende eller om det har riktats hotelser mot huvudhandläggaren. Det bör emellertid understrykas att denna ordning inte är kopplad till 8 § LVM, utan förvaltningens motiv är vanligtvis helt andra. En sådan ordning kan också förekomma i andra typer av utredningsärenden inom individ- och familjeomsorgen. Denna kompletterande handläggare brukar ibland benämnas för medhandläggare. När det inte finns behov av en sådan är den som ansvarar för utredningen tillika kontaktman.

7.3 JO:s uttalande om kontaktmannaskap enligt LVM

Såväl JO som länsstyrelserna har vid sina inspektioner respektive tillsynsverksamhet uppmärksammat att det finns kommuner som över huvud taget inte utser någon kontaktman när utredning enligt 7 § LVM inleds. I samband med en sådan inspektion hösten 2002 i en västsvensk kommun fann JO, att det i de granskade ärendena saknades uppgift om att kontaktman hade utsetts. “Vid det avslutande mötet upplystes att några sådana beslut inte fattades och att det var handläggaren i det enskilda ärendet som svarade för kontaktmanerna med missbrukaren och olika vårdgivare” (utdrag ur JO:s uttalande, dnr 3402–2002). Utifrån denna händelse gjorde JO sedan följande principiella uttalande i inspektionsrapporten:

Jag har även tidigare i min inspektionsverksamhet uppmärksammat att det närmast är undantagsvis som nämnden har utsett en tjänsteman till kontaktman. Det förefaller som om den tjänsteman hos nämnden som svarar för utredningen enligt 7 § LVM som regel även fullgör de uppgifter som en kontaktman skall ha.

När jag i samband med mina inspektioner erinrat om att nämnden enligt 8 § LVM skall utse en kontaktman har jag ibland mötts av viss oförståelse från socialförvaltningarnas sida. Företrädarna för förvaltningarna har anfört att de uppgifter som en kontaktman skall utföra i

praktiken handhas av den som svarar för utredningen angående vård enligt LVM. Frågan om utseende av kontaktman har därför kommit att begränsas till en fråga om hur den blankett som används för dokumentation av beslutet att inleda en utredning bör utformas. Vid något tillfälle fick jag frågan om lagens krav att utse kontaktman är uppfyllt om socialförvaltningen i den blankett, som används för att dokumentera beslutet att inleda utredning enligt 7 § LVM, anger att utredaren av LVM-frågan är kontaktman enligt 8 § LVM.

I praktiken synes kontaktmannens uppgifter utföras även om någon kontaktman formellt inte har utsetts. Man kan därför fråga sig om det behövs en särskild bestämmelse som anger hur förvaltningen skall verka för att hålla kontakten med missbrukaren. Om det finns behov av en bestämmelse om kontaktman är det mycket som talar för att den utformas så att det tydligare framgår att de uppgifter som kontaktmannen skall ha skiljer sig från utredarens och att utredaren inte slentrianmässigt skall utses till kontaktman.

I avsnitt 16.7 redovisas mina överväganden och förslag när det gäller frågan om kontaktmannaskap enligt 8 § LVM.

8 Kvarhållningsrätt på sjukhus i samband med LVM-vård

8.1 Inledning

Enligt 24 § första stycket LVM skall tvångsvård inledas på sjukhus om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt. Det kan här röra sig om klienter som blivit omedelbart omhändertagna med stöd av 13 § LVM och som kan vara i behov av en akut sjukhusvård, framför allt ”avgiftning” vilket dock inte är en korrekt benämning för den insats som det här är frågan (detta utvecklas närmare i kapitel 11). Det kan också gälla klienter som efter en länsrättsdom om beredande av vård enligt 4 § är i behov av sjukhusvård av samma anledning. Socialnämnden svarar för verkställigheten med stöd av 12 § första stycket LVM. För att klara av uppgiften kan man begära polishandräckning för att transportera klienten till sjukhus (45 § första stycket 2).

Behov av sjukhusvård kan naturligtvis också uppkomma under själva vårdtiden på LVM-hem, och klienten skall då ”beredas tillfälle till sådan vård” (24 § andra stycket LVM).

8.2 1981 års LVM

I propositionen 1981/82:8 ställde sig regeringen bakom Socialberedningens förslag att LVM-vården skulle inledas på sjukhus, men ansåg till skillnad från beredningen att detta inte skulle vara ett oavvisligt krav som enbart länsrätten hade befogenhet att medge undantag från. Mot beredningens förslag hade åtskilliga remissinstanser opponerat sig, eftersom en sådan ordning skulle innebära en förändring av överläkarens exklusiva intagningsrätt.¹ I den slutgiltiga utformningen av lagbestämmelsen i 1981 års LVM (12 §) var inledande sjukhusvård att se som huvudregeln ”om det anses lämp-

¹ Överläkarens intagningsrätt reglerades i dåvarande 24 § sjukvårdslagen (1962:242).

ligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt”. Betoningen på inledande sjukhusvård hängde samman med bedömningen att när sådan vård är aktuell finns ofta ett behov av avgiftning; ”den som vårdas med stöd av LVM och är i behov av vård på sjukhus måste självfallet beredas sådan vård”, klargjorde Socialutskottet (bet. SoU 1981/82:22, s. 19).

1981 års lag innebar att LVM-vård kunde inledas med frivillig vård på sjukhus utan kvarhållningsrätt. Vid tidpunkten för LVM:s ikraftträdande var sjukvårdslagen (1962:242) alltså gällande rätt. Den 1 januari 1983 trädde hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) i dess ställe. I HSL poängteras att all vård och behandling skall baseras på frivillighet, rättssäkerhet, trygghet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande (2 a §). Vården skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och denne skall också upplysas om sitt hälsotillstånd och vilka behandlingsmetoder som finns att tillgå.

Bakgrunden till bestämmelsen om att LVM-vård kunde – och kan fortfarande – inledas på sjukhus var att klienten vid omhändertagandet ofta bedömdes vara i dålig fysisk och psykisk kondition till följd av omfattande missbruk som pågått under en längre period, och inte sällan är i behov av avgiftning. ”För att avgiftningen skall kunna genomföras framgångsrikt krävs det därför att missbrukaren förmås att stanna kvar på en vårdinstitution under avgiftningsperioden och att han får medicinsk hjälp att lindra obehagliga symptom. Risken för komplikationer bedömdes minska om medicinsk behandling sätts in” (prop. 1981/82:8 s. 85). Departementschefen konkluderade att ”det torde som regel vara ställt utom tvivel att behov av avgiftning oftast motiverar vård under betryggande medicinsk övervakning och att de bästa resurserna för detta finns på sjukhus” (s. 85–86). I Socialstyrelsens (dåvarande) allmänna råd om LVM (1982:6) underströks att lagbestämmelsen innebar ett ansvar för att den enskilde skulle beredas vård och vid behov föras till sjukhus, men däremot inget ansvar för att vederbörande faktiskt skulle få vård. Att vård inte kommer till stånd kan bero på att ansvarig läkare gör bedömningen att det *inte* finns något medicinskt behov av vård, men det kan också bero på andra faktorer vilka närmare kommer att belysas nedan.

Som 12 § var utformad vid LVM:s ikraftträdande framgick det inte av lagtexten vem som skulle ta ställning till behovet av inledande sjukhusvård när det förelåg en länsrättsdom om beredande av vård. Av lagens förarbeten framgick att *LVM-hemmet*, efter sam-

råd med läkare, skulle ta ställning till om vården skulle inledas på sjukhus. Ifråga om beslut om omedelbart omhändertagande enligt 8 § var det däremot klart angivet i lagen att det var *socialnämnden* som skulle ”föranstalta om sådan [sjukhus]vård”. Beslutsordningen i förstnämnda fallen var omständlig och något besynnerlig, eftersom det trots allt var socialnämnden som skulle verkställa länsrättsdomen om tvångsvård. En naturlig del av verkställigheten vore då, framhöll Socialberedningen, att också ta ställning till om klienten var i behov av inledande sjukhusvård innan vederbörande överfördes till LVM-hemmet. Socialberedningens synpunkter ledde fram till en lagändring (SFS 1984:366), som trädde i kraft den 1 juli 1984.

Som 12 § LVM var utformad hade hälso- och sjukvården – med vissa undantag som kommer att beröras nedan – inga möjligheter att hålla kvar en patienten som efter det att vården hade inletts ville avvika från sjukhuset.² I socialutskottets yttrande över regeringens lagförslag betonades också att rätten till sjukhusvård var att betrakta som ett erbjudande, inte som ett tvång; ”LVM rubbar således inte principen att sjukvården skall respektera den enskildes rätt att bestämma över sin kroppsliga integritet” (SoU 1981/82:22).

Departementschefen var medveten om problemet med att klienten skulle kunna avvika från sjukhuset:

Om det kan antas föreligga en uppenbar risk att missbrukaren avviker från sjukhuset eller på annat sätt använder sjukhuset för att äventyra den vård, som man har beslutat att han måste underkasta sig enligt LVM, så får man överväga att avstå från den inledande sjukhusvården. (Prop. 1981/82:8 s. 86)

Departementschefens uttalande i förarbetena blottlade bristerna i lagen redan innan 1981 års LVM ens hade trätt i kraft. I Socialstyrelsens dåvarande allmänna råd (1982:6) klargjordes också att om en patient som vårdats med stöd av HSL avvikit, kunde patienten *inte* föras tillbaka till sjukhuset med tvång. Däremot var det möjligt för socialnämnden och LVM-hemmet att begära polishandräckning för att föra klienten till den LVM-institution där han eller hon skulle vårdas.

² Socialberedningen framhåller i sin utvärdering att vissa ansåg att ett kortare rådrom borde tillåtas för att ge personalen möjlighet att ringa den som har ansvar för patienten (Ds S 1983:16 s. 42).

8.3 Införandet av bestämmelse om kvarhållningsrätt

Socialberedningen hade bland annat till uppgift, som framgår ovan, att analysera tillämpningen av LVM under en första inledande period som omfattade mindre än två år. Beredningen kunde konstatera att bristen på kvarhållningsrätt under en inledande sjukhusvård var en av de mest omdebatterade frågorna. Beredningen redogjorde ingående för den kritik som riktats mot LVM i detta avseende. ”Det har från flera håll sagts oss att det har varit farhågor för att missbrukarna skall avvika från sjukhuset som har medverkat till att de inte i större utsträckning har fått inledande sjukhusvård enligt LVM” (Ds S 1983:16 s. 81). Socialberedningen ansåg att en del av dessa farhågor var något överdrivna eftersom flertalet intagna (vid denna tidpunkt) placerades på öppna LVM-hem utan tillgång till läsbar avdelning. Eftersom risken att avvika bedömdes vara större under vårdens första dagar, ansågs det dock ”finnas skäl att se allvarligt på de uppgifter som givits om att risken för att den omhändertagne avviker varit en återhållande faktor när det gällt att bereda de LVM-omhändertagna inledande vård på sjukhus” (Ds S 1983:16 s. 82). Socialberedningen förde en längre diskussion om utformningen av en kvarhållningsrätt. Bland annat övervägdes en kvarhållningsrätt under en vecka vid psykiatrisk klinik från det att den inledande sjukhusvården påbörjades,³ men beredningen valde att avvakta med att lägga fram ett förslag eftersom man också hade i uppdrag att göra en översyn av den psykiatriska tvångsvården, och ansåg att frågan borde bedömas utifrån en helhetssyn.

I Socialberedningens slutbetänkande *Missbrukarna Socialtjänsten Tvånget* (SOU 1987:22) återkom beredningen till frågan om kvarhållningsrätt. Man redogjorde för en undersökning som bland annat visade att av de klienter som under 1986 blev föremål för LVM-vård var det 41 procent som hade inlett den med sjukhusvård och i omkring hälften av dessa fall var sjukhusvården en del av LVM-vården. En slutsats var att inledande sjukhusvård hade förekommit i mindre utsträckning än vad som förväntades vid lagens tillkomst. Socialberedningen konstaterade, att förekomsten av sjukhusbaserad avgiftning under LVM-vårdens inledningsskede varierade påtagligt mellan olika orter och landsting och diskuterade olika tänkbara skäl till att sjukhusvård inte användes mer

³ Beredningen framhöll att tvångsmedicinering liksom hittills inte skulle få förekomma i en sådan situation, eftersom vården var frivillig.

1. *Behovet av sjukhusvård är inte så stort som man trodde i samband med LVM:s tillkomst.* Beredningen ansåg att detta antagande motsades av dess egen undersökning, vilken visade att 16 av 26 LVM-hem i vissa fall såg sig tvingade att ta emot klienter som bedömdes vara i behov av sjukhusvård, men som inte erhållit sådan före intagningen på institutionen.
2. *Inom nykterhetsvården har man traditionellt accepterat att avgiftning sker utanför sjukhus.* Socialberedningens egna undersökningar visade dock att för varje år som gått sedan socialtjänst-reformen hade antalet sjukhusvårdade missbrukare ökat totalt sett, varför den tidigare traditionella attityden höll på att förändras.
3. *Missbrukarna är inte välkomna på sjukhusen.* Socialberedningen kunde inte finna något generellt stöd för denna uppfattning.
4. *Man befärrar att missbrukaren skall avvika från sjukhuset.* Socialberedningen ansåg att denna uppfattning fick stöd från företrädare för både sjukvården och LVM-hemmen. "Även denna uppfattning stöds av beredningens samtal med de alkoholkliniker som har en utbyggd inledande sjukhusvård. På de klinikerna tillämpar man ett icke författningsenligt system med kvarhållning till dess polisen kommer. Detta system anses utgöra en förutsättning för att klinikerna skall kunna ta emot missbrukare utan någon större urskiljning", noterade Socialberedningen (SOU 1987:22 s. 323).

Socialberedningen ansåg från en principiell utgångspunkt att det var betydelsefullt "att den som av samhället berövats sin frihet alltid erbjuds bästa möjliga sjukvård. Detta gäller i särskilt hög grad den som berövats friheten av det skälet att det föreligger en kvalificerad fara för hans hälsa" (ibid. s. 323). För att möjliggöra bästa möjliga sjukvård var det beredningens uppfattning att det var nödvändigt att minimera risken för oönskade drop-outs från sjukhuset. Men beredningen var samtidigt inte beredd att förorda att det skulle åstadkommas till priset av att man övergav de grundläggande principerna om frivillighet: "Önskemålet att förhindra att en missbrukare avviker från beslutad LVM-vård är inte tillräckligt för att frångå grundprincipen" (ibid. s. 324). En *behandlingsinsats* mot den enskildes vilja inom ramen för sjukhusvården var därför utesluten. Samtidigt var det väsentligt, framhöll beredningen, att det skapades garantier för att den beslutade LVM-vården skulle kunna verkställas. För att förena dessa två intressen gällde det att dels upprätthålla

principen om vårdens frivillighet och att den som önskade lämna sjukhuset också skulle få göra det, dels att det fanns ett regelsystem som garanterade att missbrukaren i sistnämnda fall omedelbart överfördes till LVM-hemmet via polishandräckning. Denna uppfattning delades av departementschefen, som ansåg att det fanns starka skäl för att hindra en LVM-patient från att avvika:

För det första är det självklart att den som efter domstolsprövning ansetts behöva LVM-vård också måste få sådan vård. Avvikningarna från sjukhusen har för det andra fått den olyckliga konsekvensen att LVM-patienterna erhållit sjukhusvård i alltför liten utsträckning. (Prop. 1987/88:147 s. 83)

Utifrån sitt principiella resonemang föreslog Socialberedningen att det i LVM infördes ”en *skyldighet* [vår kursivering] för den som ansvarar för sjukvården att underrätta föreståndaren för LVM-hemmet eller socialnämnden om patienten vill lämna sjukhuset” (SOU 1987:22 s. 324).

Den som tagit emot underrättelsen skall därefter omedelbart ordna transport av missbrukaren till LVM-hemmet antingen genom någon representant för hemmet eller socialnämnden eller genom polisens försorg. Medan man väntar på transport skall patienten få hindras att lämna sjukhuset. Det ligger i sakens natur att det också görs en bedömning om LSPV är tillämplig eller om det föreligger en sådan nödsituation att patienten måste ha vård. (Ibid. s. 324-5)

Socialberedningens förslag till utformning av lagbestämmelse om inledande sjukhusvård, kvarhållning m.m. utgjorde en del av dess totala översyn av tillämpningen av LVM under de första fem-sex åren. Beredningens slutbetänkande låg till grund för regeringens proposition (1987/88:147) om den nu gällande LVM. Regeringens förslag anslöt sig till beredningens med ett undantag: regeringen förordade att inte enbart socialnämnden utan också överläkaren skulle medges rätt att begära polishandräckning för att återföra klient som vill avvika eller har avvikit till LVM-hem.

Frågan om inledande sjukhusvård inom ramen för LVM-vården samt sjukvårdens rätt att hålla kvar en patient till dess man har hunnit rekvirera polishandräckning regleras i nu gällande 24 § LVM. Av förarbetena framgår att kvarhållningsrätten ”bör gälla under kortast möjliga tid” (prop 1987/88:147 s. 103)

8.4 Vissa frågeställningar om underrättelseskyldighet och kvarhållningsrätt

8.4.1 Innebörd och omfattning av ”får besluta att missbrukaren skall hindras att lämna sjukhuset”

I 24 § tredje stycket LVM sägs att ”verksamhetschefen⁴ får besluta att missbrukaren skall hindras att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att missbrukaren kan föras över till ett LVM-hem”. I propositionen beskrivs detta som en ”begränsad kvarhållningsrätt”. Skrivningen *får besluta* har emellertid medfört skiftande tillämpning inom hälso- och sjukvården: somliga anser att uttrycket innebär en *rätt* för verksamhetschefen att använda sig av kvarhållningsrätten men däremot inte en skyldighet att vidta en sådan åtgärd (se även JO 1990/91 s. 218).

Enligt LVM-utredningen ger formuleringen *får besluta* i 24 § tredje stycket LVM verksamhetschefen ett stort utrymme att själv besluta att kvarhålla patienten till dess polisen infinner sig för att återföra personen till LVM-hemmet. Vare sig lagens förarbeten eller lagtextens utformning kan sägas ge stöd för uppfattningen att verksamhetschefen är *skyldig* att i alla lägen kvarhålla patienten, vilket för övrigt även Rynning (1994) påpekar i sin avhandling. Denna uppfattning understöds dessutom av Riksåklagarens remissyttrande över Socialberedningens betänkande. RÅ ansåg att beredningens förslag om kvarhållningsrätt var förenat med vissa svagheter, däribland att bestämmelsen var fakultativ vilket enligt RÅ kunde leda till att tillämpningen av bestämmelsen kunde bli olika vid skilda hälso- och sjukvårdsinrättningar.⁵

Utvecklingen därefter får sägas ha besannat RÅ:s farhågor. LVM-utredningens egen undersökning har bekräftat den vitt skilda tillämpningen av 24 § tredje stycket LVM vid olika sjukhusinrättningar i olika landsting. Sekretariatet har genomfört fokusgrupp-sintervjuer med företrädare för beroendevården i tre landsting. Vid ett av dessa framgick att sjukhuspersonalen ”öppnade dörren” om någon började bli hotfull och ville ge sig av från avdelningen. En i personalgruppen uttryckte också tveksamhet att behöva bli involverad för att försöka hålla kvar patienten:

⁴ I nya LVM som trädde i kraft den 1 januari 1989 var benämningen ”överläkare” för att sedermera ändras till ”chefsöverläkare”. Fr.o.m. den 1 januari 1997 är benämningen ”verksamhetschef” (SFS 1996:797).

⁵ RÅ:s yttrande refereras i socialdepartementets sammanställning av remissyttrandena, vilken utgör bilaga 3 i prop. 1987/88: 174.

Ip-1: Man måste ju förstå hur traumatiskt det är egentligen att bli frihetsberövad på det här sättet. Visst, vi kan lagarna och det här, men vi är trots allt sjukvårdspersonal. Vi är ju fostrade till att hjälpa och lindra och bota. Och visst är vi vana vid LPT och att begränsa patienten, men inte vara myndighet och fångvaktare på något sätt.

I ett annat landstingsområde intar personalen inom beroendevården en mer förhandlande och uppehållande strategi om patienten vill ge sig av och är också mån om att patienten inte avviker:

Intervjuare: Hur går ni tillväga?

Ip-2: Är det så att patienten säger att *Nu vill jag skriva ut mig*, så försöker man naturligtvis på frivillig väg att tala om att du har det här på dig och du kan inte skriva ut dig. /---/ Och måste vi släppa patienten på grund av att han är hotfull så ringer vi polisen och säger att nu är den här patienten släppt, men han har en § 13 på sig. Men det är ytterst, ytterst sällan det händer [att patienten vill avvika]. För den som är här på ett akut-LVM [13 §] talar man om att när du släpps ut härifrån så ringer vi polisen. Då sansar man sig oftast. Att sitta i häktet är inte så kul.

I det tredje landstinget som LVM-utredningen har besökt hade landstingsområdets psykiatrer i samband med att 1988 års LVM trädde ikraft beslutat sig för att *inte* utnyttja kvarhållningsrätten, vilket föranledde en granskning av JO (JO 1990/91 s. 218). Personalgruppen återger hur tillämpningen såg ut i början av 1990-talet och hur den ser ut idag i detta landsting:

Ip-3: För vi kan inte hålla någon på ett LVM. Här inne på sjukhuset är det ju hälso- och sjukvårdslagen som gäller, så vill patienten gå härifrån då måste... vi får ju naturligtvis ringa socialtjänst och polis, men alltså vi kan ju inte hindra dom från att gå ut härifrån.

Ip-4: Förut fungerade den inte alls för då hade psykiatrerna i landstinget tagit ett gemensamt beslut att dom inte vill göra det [använda sig av kvarhållningsrätten]. Det var när vi hade vår gamla beroendeklinik här. Hon använde aldrig det för hon tyckte att det var socialtjänstens bord.

Intervjuare: Men socialtjänsten har ju redan fattat beslutet om omedelbart omhändertagande...

Ip-4: Ja, men hon kunde som verksamhetschef hålla patienten vissa timmar, men det gjorde inte psykiatrierna i X-stad. Man hade tagit ett gemensamt beslut i landstinget för ett par år sedan att man inte höll kvar patienten. Dom tyckte inte att det skulle ligga på landstinget utan det var socialtjänsten som skulle se till att...

Intervjuare: Men om patienten sade *Nej, nu drar jag...*

Ip-4: Då var det bara att öppna dörren och låta dom gå.

8.4.2 Kvarhållningsrätten i förhållande till Madrid- respektive Hawaiiideklarationerna

Av Socialstyrelsens yttrande till JO (JO 1990/91 s. 218) framgår att cheferna vid vissa psykiatriska kliniker inom ovannämnda lands- tingsområde var oklara över hur 24 § LVM skulle tolkas, samtidigt som de i vissa fall var avvisande till att tillämpa kvarhållningsrätten av andra skäl än rent medicinska. Läkarna ansåg att patienten hade rätt att lämna sjukhuset med stöd av såväl HSL som Hawaiiidekla- rationen. Socialstyrelsen framförde för egen del följande i sitt ytt- rande till JO:

Hawaiiideklarationen tar sikte på politisk repression. Som torde framgå av vad som sagts i det föregående är enligt socialstyrelsens uppfattning ett återopande av Hawaiiideklarationen inadekvat i förhållande till för- utsättningarna för det aktuella rättsläget. (JO 1990/91 s. 218)

Rynning (1994) berör i sin avhandling frågan där ”en äkta diskre- pans föreligger mellan en medicinsk-etisk norm och en rättslig, innebärande att exempelvis läkarkåren i en viss fråga verkligen företräder en annan uppfattning än befolkningen i övrigt” (s. 79). Som exempel nämner hon kvarhållningsrätten i 24 § tredje stycket LVM. Hon refererar till att denna regel ”av vissa” ansetts strida mot Hawaiiideklarationens yrkesetiska normer, men framhåller samtidigt att denna uppfattning inte delas av JO. ”Icke desto mindre medför bestämmelsen naturligtvis att de sociala myndig- heterna kan komma att ställa vissa krav i detta hänseende på läka- ren,” anser Rynning.

Utifrån innebörden av både Hawaiiideklarationen och den 1996 antagna Madriddeklarationen finns det skäl att klargöra – i likhet med vad Socialstyrelsen gjorde i ovannämnda yttrande till JO – att kvarhållningsrätten som den kommer till uttryck i 24 § LVM inte står i strid med dessa två deklamationer. LVM-utredningen uppfat- tar att den kritik som för cirka tio år sedan riktades mot kvarhåll- ningsrätten förmodligen baserades på förhastade slutsatser om den temporära kvarhållningsrättens innebörd och syfte. Snarare är pro- blemet att kvarhållningsrätten har gjorts fakultativ.

Vid en bedömning av lagregeln om kvarhållningsrätt i förhål- lande till Madriddeklarationen är framför allt punkt 4 i nämnda de- klaration av intresse:

Ingen behandling får ges mot patientens vilja, med mindre utebliven behandling skulle utsätta patientens och/eller närståendes liv för fara. Behandlingen måste alltid vara i patientens bästa intresse.

Under tiden som patienten aktivt hålls kvar och hindras lämna avdelningen får ingen behandlingsinsats eller -åtgärd ske mot patientens uttryckliga vilja, exempelvis i form av tvångsmedicinering. Detta framgår tydligt av förarbetena till nuvarande LVM, och uttalanden av departementschefen i propositionen 1987/88:147 med denna innebörd har refererats ovan under detta avsnitt. Av specialmotiveringen till lagen framgår dessutom att ”den kvarhållningsrätt som införs bör gälla under kortast möjliga tid. Det förutsätts att alla berörda ser till att transporten från sjukhuset sker skyndsamt” (prop. 1987/88:147 s. 103).

8.4.3 Nödvärnsrätt och nödbestämmelsen enligt BrB

Även om kvarhållning skall vara ”kortast möjliga tid” kan det under denna begränsade tid inträffa att patientens psykiska tillstånd förvärras vilket motiverar tvångsvård med stöd av LPT, exempelvis vid delirium tremens och amfetaminspsykos, vilka båda är exempel på en allvarlig psykisk störning.⁶ Om beslut om LPT fattas bortfaller naturligtvis vårdbehovet enligt LVM under den tid som patienten i stället vårdas med stöd av LPT.

Men även om LPT inte är tillämplig kan patienten naturligtvis ändå under kvarhållningstiden uppträda hotfullt och utagerande mot både personal och medpatienter. Frågan uppkommer då inom vilka gränser personalen kan agera. Denna situation skiljer sig naturligtvis inte från andra där en patient som vårdas med stöd av HSL uppträder på ett hotfullt och aggressivt sätt. I flertalet fall kan personalens uppträdande ha en lugnande inverkan, men om detta inte hjälper kan det naturligtvis bli aktuellt att tillämpa bestämmelsen om nödvärnsrätt i 24 kap. 1 § BrB. De åtgärder som vidtas måste vara försvarliga med hänsyn till angreppets beskaffenhet, det angripnas betydelse och omständigheterna i övrigt. Med tanke på att tiden för kvarhållning skall vara kortast möjliga bör exempelvis tvångsmedicinering i form av lugnande medel betraktas som en direkt oförsvarlig åtgärd.⁷

⁶ Om innebörden av begreppet ”allvarlig psykisk störning”, se vidare Psykansvarskommitténs betänkande *Psykisk störning, brott och ansvar* (SOU 2002:3 s. 145).

⁷ Se vidare SOU 1988:7 och prop. 1993/94:130.

Även nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB kan i vissa fall vara tillämplig. Denna tillämpas vid kollision mellan två intressen och när ”den fara som hotar det ena intresset kan avvärjas endast genom ett intrång i det andra intresset” (SOU 1988:7 s. 81). De intressen som rättsordningen skyddar är liv, hälsa och egendom.

8.4.4 Innebörden av ”den sjukhusenhet där missbrukaren vårdas”

Verksamhetschefen för den sjukhusenhet ”där missbrukaren vårdas” har en underrättelseskyldighet gentemot socialnämnden eller föreståndaren för LVM-hemmet om missbrukaren önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset (24 § tredje stycket LVM). JO har i ett ärende prövat innebörden av begreppet ”den sjukhusenhet där missbrukaren vårdas” (JO 1993/94 s. 298). Frågan gällde huruvida överläkarens (numera verksamhetschefens) underrättelseskyldighet inträder först efter intagningsbeslut i slutenvården eller om det räcker att missbrukaren har förts till sjukhus efter ett beslut om LVM-vård. Vare sig chefsöverläkaren eller Socialstyrelsen ansåg i yttrande till JO att patienten i det aktuella fallet tagits in eller vårdats vid sjukhuset eftersom det endast varit fråga om ett polikliniskt besök som inte ledde till inläggning i slutenvården. JO var ”tveksam” till Socialstyrelsens tolkning av ordet *vårdas* i 24 § tredje stycket och ansåg att lagstiftaren med detta ord sannolikt hade avsett pågående LVM-vård; ”i så fall har underrättelseskyldigheten inträtt i och med att missbrukaren lämnas på sjukhuset”.

JO ansåg i ovannämnda ärende att Socialstyrelsens tolkning ”således kan leda till en olycklig lagtillämpning. Bestämmelsens utformning lämnar emellertid öppet för olika tolkningar”.