

14 Granskning på kommunnivå – om handläggning och tillämpning

14.1 Inledning

I föregående kapitel redovisades kommunernas *egna* erfarenheter och synpunkter på tillämpningen av LVM samt deras inställning till den principiella frågan om tvångsvård av vuxna med missbruksproblem i allmänhet.

I detta kapitel *granskas* kommunerna handläggning och tillämpning på grundval av dels den aktstudie som utredningen har genomfört i Jönköping, Norrköping, Västerås och stadsdelsförvaltningen Hässelby-Vällingby i Stockholm, dels länsstyrelsernas och JO:s verksamhetstillsyn och hantering av enskilda klagomålsärenden. Därutöver redovisas fil dr Mats Ekendahls sammanfattande resultat av socialtjänstens bedömningar av vårdbehov och val av vårdform utifrån ett slumpmässigt urval av ett antal LVM-ärenden i Stockolms stad under 2001.¹

Syftet med detta kapitel är att förmedla den ”kritiske granskarens bild” av den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Kommunernas synpunkter som de framkommer i enkätundersökningen samt resultatet av den granskning som redovisas i detta kapitel, förmedlar olika fragmentariska bilder vilket gör att dessa i vissa fall kompletterar varandra men också till viss del motsäger varandra. Det är väsentligt att påpeka, att utredningens syfte inte har varit att ge en totalbild av kommunernas handläggnings- och insatskvalitet, utan i stället spegla olika kommuners – med inbördes skilda förutsättningar och villkor – arbete inom detta område.

¹ Mats Ekendahls undersökning har genomförts på uppdrag av LVM-utredningen och återfinns i sin helhet i utredningens separata bilagedel.

14.2 Genomgång av socialtjänstens aktmaterial

14.2.1 Allmänt om socialtjänstens dokumentation

Dokumentationen, det skriftliga materialet, har en central ställning i socialtjänstens verksamhet. I 11 kap. SoL finns grundläggande regler om hur denna dokumentation skall vara beskaffad. Av 5 § följer att all handläggning av ett ärende som rör enskilda och genomförandet av beslut om stödinsatser, vård och behandling skall dokumenteras – från det att ett ärende inleds ("öppnas") till dess att det avslutas ("stängs"). Det krav som ställs på dokumentationen är att den innehåller tillräcklig, väsentlig och korrekt information, men "vad detta innebär kan dock variera starkt mellan olika verksamheter och ärendetyper. Däremot bör dokumentationen inte variera mellan olika handläggare" (prop. 1996/97:124 s. 153). Vidare understryks i förarbetena att dokumentationen skall vara objektiv och saklig. Av 11 kap. 6 § SoL framgår att anteckningarna skall utformas "med respekt för den enskildes integritet". Ett krav för att värderande omdömen skall få förekomma bör vara att de grundas på ett korrekt underlag och att de är av verklig betydelse i sakfrågan (prop. 1996/97:124 s. 153).

14.2.2 Vad förmedlas i "den sociala journalen"?

Journalen kan sägas både spegla och konstruera olika typer av verkligheter (Bernler & Johnsson 1993, 1995). Anteckningarna i den sociala journalen färgas både av den enskilde socialsekreterarens uppfattning om den sociala verklighet som beskrivs, och av föreställningar om hur denna skall beskrivas i en journal.

Dokumentationens utformning styrs och begränsas av institutionaliserade rutiner av olika slag, vilka hänger samman med lagar, allmänna råd etc. på området (11 kap. SoL) och lokal organisation. Detta återspeglas dels i vad som behandlas i akten beträffande kontakten mellan socialtjänst och klient, dels om socialsekreteraren skriver journalanteckningar och sparar material i akten utifrån en viss strategi (exempelvis att uppgift om onykterhet och drogpåverkan och erbjudande om frivilligvård särskilt framhävs i anteckningarna när man börjar planera för en utredning enligt 7 § LVM).

14.2.3 Tillvägagångssätt och metodologiska begränsningar

Aktstudien har genomförts av utredningens huvudsekreterare. Genomgången av materialet har skett i socialtjänstens lokaler i respektive kommun. Akterna har plockats fram av personal utifrån den urvalsprincip som har tillämpats.

Granskningen i akten tar sin början cirka ett år innan klienten aktualiseras med stöd av LVM, och ärendet följs sedan fram till tidpunkten för genomförandet av undersökningen som inträffade under andra hälften av 2002 avseende Jönköping, Norrköping och Västerås samt våren 2003 avseende SDF Hässelby-Vällingby i Stockholm. För varje ärende har i kronologisk ordning upprättats ett sammanfattande referat av innehållet i löpande text. Omfattningen av varje referat har varierat: I några fall avskrivs den externa anmälan tämligen omgående av socialtjänsten och i dessa ärenden är referatet tämligen kortfattat (understigande en A4-sida), i andra fall kan den omfatta 3–4 sidor eftersom ärendet under tvåårsperioden har innefattat en rad olika insatser i form av anmälningar, omhändertagandebeslut och ansökan om vård.

Fallbeskrivningen har inramats av uppgifter om klientens missbrukshistoria som den beskrivits i akten, och tidigare vårdinsatser enligt både socialtjänstlagen och LVM. Varje ärende har följts kronologiskt varvid aktmaterialet i sin helhet har beaktats, dvs. inte enbart journalanteckningar utan också alla förekommande dokument som har bedömts vara relevanta för att ge en fyllig bild av händelseförloppet. I redovisningen har bland annat noterats yttre *händelser* i socialtjänstens kontakter med klienten som tyder på oenighet eller konflikt, socialtjänstens agerande och handläggning av klientens boende, behandlingsinsatser och klientens reaktioner på dessa, tiden efter avslutad LVM-vistelse samt (om möjligt) en nulägesbeskrivning.

Samtliga förekommande datum för anmälan (6 § LVM), utredning (7 § LVM), omhändertagandebeslut (13 § LVM) och ansökan om vård (4 § LVM) har noterats.

Vid en aktstudie som denna finns vissa metodologiska begränsningar. Till dessa hör bland annat undersökarens egna urvalsprinciper av uppgifter och citat ur journalerna.

14.2.4 Aktstudiens omfattning

Aktstudien omfattar 148 individers sociala akter (journalanteckningar och handlingar) i Jönköping, Norrköping, Västerås och SDF Hässelby-Vällingby. Studien har gällt *samtliga* klienter i de tre förstnämnda kommunerna vilka under åren 2000 och 2001 antingen blev föremål för en extern anmälan enligt 6 § LVM eller där socialtjänsten *ex officio* påbörjade en utredning enligt 7 § LVM. I SDF Hässelby-Vällingby i Stockholm har undersökningen avsett ett urval av de ärenden som aktualiserades under samma period. Varje akt omfattar en klient.

Fördelat per kommun uppgår antalet akter till följande:

- Jönköping: 53 (samtliga)
- Norrköping: 53 (samtliga)
- Västerås: 28 (samtliga)
- SDF Hässelby-Vällingby: 14 av 47.

Akterna ger en bild av det faktiska antalet *aktualiserade* ärenden med stöd av LVM. Däremot kan man inte utläsa om antalet är väl avvägt, för lågt eller för högt i förhållande till samtliga pågående ärenden inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården.

I tabell 14:1 har en specificering skett av hur många LVM-insatser som förekommit under åren 2000 och 2001 i form av antingen omedelbart omhändertagande – med eller utan efterföljande ansökan enligt 4 § – eller genom ansökan om vård som inte föregåtts av beslut enligt 13 §. En och samma person kan omfattas av mer än ett beslut. Det bör påpekas att besluten redovisas oberoende av om länsrätten sedermera inte har fastställt omhändertagandebeslutet eller inte bifallit ansökan om vård.

Tabell 14:1. Antal LVM-insatser (beslut enligt 13 och 4 §§ LVM) som fattats under åren 2000 och 2001 i Jönköping, Norrköping, Västerås och SDF Hässelby-Vällingby i Stockholm.

Lagrum	Jönköping	Norrköping	Västerås	Hässelby-Vällingby
Endast ansökan om vård (4 §)	6	7	4	1
Beslut om omedelbart omhändertagande (13 §)*	26	43	13	3
<i>Därav:</i>				
Endast beslut om omedelbart omhändertagande (13 §)	10	11	2	1
Beslut enligt 13 § fullföljs med ansökan om vård	16	32	11	2

*/ Dessa beslut innefattar också polismyndighetens beslut enligt 13 §.

Anmärkning: I Jönköping, Norrköping och Västerås avser aktstudien totalpopulationen (53, 53 respektive 28 personer). I Hässelby-Vällingby baseras studien på ett urval av 47 personer under samma period.

14.2.5 Resultat

Olika "LVM-karriärer"

Av fallbeskrivningarna kan man grovt sett urskilja tre huvudkategorier av personer utifrån deras konsumtion av frivillig- och LVM-vård:

- *"Evig i LVM-vården"*. Det rör sig här om personer med ett manifest alkoholberoende sedan många år tillbaka och med en mångårig erfarenhet av vård med stöd av LVM, men även av frivillig vård. Insatser enligt LVM har avlöst varandra under årens lopp i form av såväl omedelbart omhändertagande och vård enligt 4 §. I ett ärende blir en 64-årig man omedelbart omhändertagen vid tre tillfällen under granskningsperioden, varvid nämnden vid ett av dessa tillfällen fullföljer beslutet med en ansökan om vård enligt 4 § LVM. Personen ifråga har även åren dessförinnan varit föremål för motsvarande vårdinsatser. I betydligt fler fall har nämnden påbörjat en utredning enligt 7 § LVM, som inte så sällan har föregåtts av extern anmälan enligt 6 § samma lag, för att sedan avsluta utredningen med en hän-

visning till att vederbörande har accepterat vård på frivillig grund. För ett mindre antal personer ansöktes om vård enligt 4 § vid *mer* än ett tillfälle (Norrköping: 4 personer, Jönköping: 1 person, Västerås: 2 personer).²

- ”*Evig i missbrukarvården*”. Det rör sig här om personer som företrädesvis blir föremål för frivillig vård, men där det också kan bli aktuellt med omhändertagandebeslut enligt LVM och/eller ansökan om vård.
- ”*Ambulerande mellan tvångsvård och kriminalvård*”. Ett stort antal personer med narkotika som huvuddrog (eller med ett blandmissbruk) är ständigt utsatta för samhällsliga tvångsåtgärder i olika former. De vistas antingen på LVM-hem, psykiatrisk klinik med stöd av LPT, häktet, kriminalvårdsanstalt eller är § 34-placerade enligt KvaL.

Det finns i aktmaterialet också exempel på personer som trots ett mångårigt alkoholberoende inte kan hänföras till någon av ovanstående kategorier. Ett sådant ärende rör en 45-årig man med alkoholproblem som trots en långvarig problematik aldrig har varit föremål för en behandlingsinsats, men ändå vårdats på landstingets tillnyktringsenhet (TNE) vid 23 tillfällen under perioden 1985–2000.

LVM:s latent funktion inom socialtjänsten

Det kan finnas en inneboende risk att socialtjänsten i första hand väljer att öppna en utredning enligt 7 § LVM än en utredning enligt 11 kap. 1 § SoL,³ eftersom det till utredningsförfarandet i LVM är kopplat olika rättsverkningar av tvångskaraktär, exempelvis att socialtjänsten kan besluta om polishandräckning för att säkerställa att en klient infinner sig till en läkarundersökning (se vidare kapitel 3).

Utredningsförfarandet kan utgöra ett maktmedel gentemot klienten för att inskräpa stundens allvar eller för att tilltvinga sig en kontakt visavi någon som undviker socialtjänsten. Hot om LVM framförs ibland av socialsekreteraren som en påtryckning för att förmå denne att acceptera en frivillig placering eller för att inte avbryta en placering. Bland praktiker benämns detta ibland för ”fri-

² I Västerås avslog länsrätten en av ansökningarna för dessa båda klienter, varefter kommunen återkom med en ny ansökan en kort tid därefter. I det ena avslagsärendet var den lagfarne domaren av skiljaktig mening.

³ Före den 1 jan. 2002 motsvarades detta lagrum av 50 § SoL (”§ 50-utredning”).

villigt tvång”. Gustafsson (2001) pekar i sin avhandling på att ”gränsdragningen mellan tillbörlig och otillbörlig påverkan torde vara hårfin” (s. 369). Hennes sammanfattande bedömning är att:

Frivilliga överenskommelser är alltså många gånger i hög grad tvungna. Blundar man för det faktiska tvånget och kamouflerar statliga ingripanden genom godtyckliga fiktioner om frivillighet försvagas de av rättsordningen uppställda garantierna mot ensidiga ingripanden i medborgarnas frihet. (ibid, s. 370)

Denna typ av ”hot” är vanligt förekommande i de akter som har studerats. I ett ärende framfördes detta hot och när det inte hade någon verkan verkställdes också hotet i form av en utredning enligt 7 § LVM. I ett annat ärende framgår av akten att ”NN meddelades att då hennes hälsotillstånd var mycket allvarligt så skulle fortsatt avvikelser från uppgjord planering innebära att tvång kunde bli tillämpligt”. I andra ärendet framförs ett ”hot” som sedan inte verkställs, vilket torde innebära att socialsekreterarens trovärdighet undergrävs gentemot klienten.

Sanktioner vid återfall eller missbruk

En förhållandevis stor andel av § 27-placeringarna sker i klientens egen bostad eller någon anhörigs bostad (exempelvis föräldrarnas lägenhet). Om klienten tar ett återfall i sin egen bostad leder detta till *återinskrivning* på LVM-hemmet, medan ett återfall på en HVB-institution eller i ett stödboende leder till *utskrivning* från sistnämnda enheter. Dessa sinsemellan motstridiga principer torde ge ett förvirrande intryck på den enskilde klienten.

Läkarintygets funktion

Läkarintyg som utfärdas med stöd av 9 § LVM skall enbart ge vägledning om den enskildes aktuella hälsotillstånd och allmänna vårdbehov, men inte explicit förorda att tvångsvård bör komma till stånd (prop. 1987/88:147 s. 59). Även JO har klargjort, att ”avsikten inte varit att läkaren på det begränsade utredningsmaterial som står honom till buds skall göra en fullständig bedömning av om förutsättningarna för vård enligt LVM föreligger” (JO 1987/88 s. 156). Trots detta finns åtskilliga exempel när intygsskrivande läkare har tagit ställning ifråga om vårdformen: ”... gravt missbruk som

innebär att patienten utsätter sig för fysisk och psykisk ohälsa. I sådant fall är vård enligt LVM aktuell”.

Det ”önskade” läkarintyget

Ett återkommande tema i några av akterna är socialtjänstens svårigheter att få läkare vid vissa vårdenheter att utfärda ett läkarintyg enligt 9 § LVM. Det som utmärker dessa ärenden tycks vara den somatiska vårdens ointresse att anlägga en helhetssyn på patientens hälsotillstånd samt gränsdragningstvister mellan olika kliniker eller vårdgrenar (öppen/slutenvård, somatisk/beroendevård). Den somatiska delen av hälso- och sjukvården har en tendens att, utifrån detta fragmentariska synsätt, vilja slussa patienten till en *annan* enhet trots att läkarintyget enbart skall spegla den enskildes aktuella hälsotillstånd. Beroendeenheten motsätter sig denna rundgång då man anser att den slutenvårdsenhet där patienten för närvarande befinner sig också skall utfärda läkarintyg enligt 9 § LVM. Journalanteckningarna vittnar om att socialsekreteraren i många fall måste lägga ned oändligt mycket tid och energi för att överhuvud taget kunna erhålla ett läkarintyg. Ytterst är detta naturligtvis till förfång för den enskilde klienten eftersom det kan riskera att tidsmässigt försinka socialnämndens ansökan till länsrätten om beredande av vård, även om intyget i sig inte utgör en förutsättning för nämndens ansökan till länsrätten.

Av 37 § LVM framgår att utredningen skall handläggas skyndsamt. I specialmotiveringen till nuvarande lagstiftning understryks att socialnämnden⁴ bör tillse att utrednings- och ansökningsförfarandet inte drar ut på tiden samt att nämnden har en skyldighet ”att se till att material från andra myndigheter och berörda tas fram skyndsamt” (prop. 1987/88:147 s. 108). Visserligen får länsrätten fatta beslut om LVM-vård även utan tillgång till ett läkarintyg, men utgångspunkten är naturligtvis att socialtjänsten skall göra sitt yttersta för att ta fram ett fullständigt underlag inför ansökan till länsrätten.⁵

⁴ I prop. 1987/88:147 anges ”länsstyrelsen”, men sedan den 1 juli 1994 är det socialnämnden som har motsvarande funktion.

⁵ Beträffande frågan om det är möjligt att tvångsvis genomföra läkarundersökning som skall ligga till grund för intyg enligt 9 § LVM går uppfattningarna starkt isär (se vidare Gustafsson 2001, s. 294 ff.).

I nedanstående fallbeskrivning är klienten intagen på en somatisk klinik och socialsekreteraren försöker erhålla ett läkarintyg för att kunna slutföra den pågående utredningen:

Samtal med X, läkare beroendeenheten. Han har ingen möjlighet att bistå med LVM-bedömning då ut ber honom. Han hänvisar till den läkare som behandlar honom för närvarande på avd. 11 (kirurg) eller på medicin om han förflyttas. /---/

Samtal med avd. 11, sköterska. Läkarna går just nu rond. Ut ber om en läkarbedömning ang. LVM. Sköterskan ske be dr Y att ringa ut. Vi samtalar om ev. vårdbehov och att NN med stor sannolikhet kan återfalla i missbruk om han skrivs ut. Viktigt att göra bedömning innan. /---/

Samtal med dr Z, avd. 11 (kirurg). Han lovar att se till att läkare antingen på medicin eller på avd. 28 gör läkarbedömning ang ev. LVM-vård. Själv har han aldrig gjort någon och säger att det är ovanligt på kirurgen. Vi överenskommer att ut kontaktar avd. 11 igen i em. för att höra hur resultatet blev. /---/

Kl. 15.00. Samtalar med sköterska som uppger att en medicinare kommer för att undersöka NN i em. Ev. skall han skrivas ut. Hon eller läkare kontaktar oss eller jousen om han skrivs ut idag. LVM-intyget ej gjort ännu, det kommer.

Kontakt med dr Z ca kl. 16.00 ang. en ev. LVM-bedömning på NN. Läkaren bedömde att de ej kunde skriva något LVM-intyg.

I ovannämnda ärende framgår vidare att en överläkare vid den somatiska kliniken senare informerar socialsekreteraren, att han anser att det är olämpligt att han som behandlande läkare skall behöva skriva ”ett tvångsintyg”; ”om detta skulle bli aktuellt tycker han att det är en fråga för vårdcentralen”.

I en av de undersökta kommunerna begär en socialsekreterare polishandräckning för att forsla en klient till en vårdcentral för att få till stånd en läkarundersökning:

En polispatrull tar NN kl. 16.44 och tar honom till (...) VC för § 9 Läkarundersökning – enligt begärd polishandräckning. En läkare frågar vad han skall göra med NN. Läkaren ber NN återkomma i morgon på dagtid! Polisen låter NN helt riktigt gå. Ut kontaktar [nämndens sekreterare och jurist] ang. vad som hänt samt ber IFO-ledare X ta upp detta med [vårdcentralen].

I en annan av de tre kommunerna ägnar sig socialsekreteraren åt ett aktivt förhandlande för att efter mer än en månad få en tid till klienten för läkarundersökning och intygsskrivning:

Ut har haft kontakt med beroendeenheten [sjukhusets namn], VC (...), Psyk mott, samt återigen med VC (...) ang. läk.tid för LVM-

intyg. Ut började ringa 20/4 ang. detta. Kontakt har tagits med länsstyrelsen som hävdar att distriktsläk. ej kan vägra boka tid för LVM-intyg. Efter att ha blivit hänvisad vidare ett antal ggr togs kontakt på nytt med VC (...). Och tid bokades slutligen 21/5 14.45 för LVM-intyg.

I ärenden om omedelbart omhändertagande är det önskvärt, men inget krav, att det finns ett läkarintyg i anslutning till länsrättens fastställelseprövning. I exempelvis Jönköping används ett särskilt framtaget *summariskt läkarintyg* som tillställs länsrätten.⁶ I ett ärende i Norrköpings kommun redovisas utförligt i akten problemen för socialtjänsten att erhålla ett läkarintyg inför länsrättens fastställelseprövning i kombination med gränsdragningsproblem mellan två polismyndigheter:

Undertecknad lyckas efter resultatlöst ringande till läkare runt om i Jönköpings län, där NN nu vistas, att boka in en tid för läkarundersökning hos doktor X på [vårdcentralens namn]. Ansökan om polishandräckning faxas till vakthavande i Norrköping, som dock menar att detta är Jönköpingspolisens ansvar. Ansökan faxas således till vakthavande i Jönköping, som ringer och låter meddela att detta kan bli svårt med så kort varsel. Jag förklarar varför jag tvingats göra på detta vis och påpekar att jag måste få denna läkarundersökning till stånd. De lovar att de skall göra vad de kan.

I ett ärende vill ingen läkare på det aktuella sjukhuset utfärda något läkarintyg, utan detta fick i stället ombesörjas i en angränsande stad där LVM-hemmet var beläget:

Vad gäller LVM-läkarintyg, så ringer jag Beroendemottagningen. Jag frågar om de kan göra ett LVM-läkarintyg i samarbete med läkaren som träffade NN på med. akuten. NN är ej aktuell hon dem och de har ej heller någon läkare denna vecka. Jag ringer dr X men han har ingen erfarenhet av dylikt intyg. Efter samråd med sektionschef Y kontakter jag inst.f. Z på [LVM-hemmet]. Ök att [LVM-hemmet] ordnar en läkare som kan göra ett intyg samt att han debiterar soc söder.

LVM-institutionens läkare vill emellertid inte utfärda ett LVM-intyg ”då han anser sig vara jävig”, och i stället utfärdas det av läkare vid psykiatriska kliniken i samma stad med vilket LVM-hemmet har ett nära samarbete. Sistnämnda situation kommenteras av Gustafsson (2001) som menar att man kan ”ifrågasätta lämplighe-

⁶ Jfr Socialstyrelsens allmänna råd 1989:3 där det framgår att läkarundersökning i anslutning till omedelbart omhändertagande inte är identisk med den som skall ligga till grund för det läkarintyg som skall bifogas ansökan om vård (s. 28).

ten av att LVM-hemmets läkare står för ett intyg som sedermera kan bidra till ett beslut om beredande av vård. Det kan från klientperspektiv uppfattas som stötande och objektiviteten skulle kunna ifrågasättas” (s. 293).

När det gäller frågan om läkarintyg finns det också skäl att uppmärksamma ett säregt agerande i ett av de ärenden som studerats. I det aktuella ärendet inleds LVM-utredningen den 27/12 1999, men redan den 22/12 framgår det av akten att socialsekreteraren ”ber henne [klienten] framföra till läkaren att vi behöver ett LVM-läkarintyg om vi tvingas ansöka om vård jml LVM” (akten 991222). Läkarintyg får dock inte infordras *innan* utredningen ens har inletts. Det är också anmärkningsvärt att socialtjänsten ber *klienten* att svara för denna myndighetsuppgift.

Bedömning om omedelbart omhändertagande

I ett av ärendena gör polismyndigheten bedömningen att rekvisitet för att besluta om ett omedelbart omhändertagande inte är uppfyllt. I ärendet drar socialtjänsten följande slutsats:

Dagen efter kontaktar socialtjänsten modern som säger sig ha pratat med polisen som påstås ha sagt, ”att det är vi [Individ- och familj] som är skyldiga att gå in och agera och göra ett omedelbart omhändertagande”. Socialsekreteraren å sin sida hävdar att när polisen ”inte bedömt situationen som att det föreligger en akut risk för hennes liv så kan/ får vi inte agera”.

Polisen har visserligen *för sin del* tagit ställning till frågan om omedelbart omhändertagande, men socialtjänsten kan ändå göra en egen självständig bedömning. Därutöver kan man också pröva om kriterierna för vård enligt 4 § LVM är uppfyllda. Trots att förutsättningar saknas för ett omedelbart omhändertagande kan vård enligt § 4 ändå vara aktuell, eftersom ett ingripande enligt § 13 förutsätter att länsrättens beslut om vård ”inte kan avvaktas”. Socialsekreterarens påstående inför klientens mamma att socialtjänsten inte ”kan/får” agera är felaktigt.

Att tänja på gränserna

Aktstudien visar att socialtjänsten ibland väljer att tänja på tidsfristen i 18 § LVM ”för att se vad som händer” innan man väljer att

meddela länsrätten sitt beslut att inte ansöka om vård, trots att man redan har fattat beslut om att inte ansöka.

- I ett ärende beslutar 1:e vice ordföranden den 2 juni om ett omedelbart omhändertagande enligt § 13 LVM. Den 5 juni beslutar socialtjänsten att *inte* gå vidare med att ansöka om LVM-vård. I akten finns antecknat att ”vi kommer inte att meddela Länsrätten förrän 20010608 ifall det skulle hända något med NN som gör att vi måste ompröva vårt ställningstagande”. Men först tre dagar senare informeras länsrätten om nämndens beslut, varvid rätten upphäver det omedelbara omhändertagandet.
- I ett annat ärende fastställer länsrätten myndighetens omhändertagandebeslut. Klienten förklarar sig efteråt att hon inte är avvisande till att genomgå en frivillig behandlingsinsats. Av akten framgår följande: ”Samråd med sekt.chef att avvakta till ons/torsd nästa vecka innan beslut tas om att ev. ej söka om LVM och i stället bevilja frivillig vård. Skälet är att låta NN återhämta sig samt se om motivationen kvarstår”.

Objektivitetskriteriet i utredningsförfarandet

I en forskningsrapport om kommunernas LVM-utredningar vilken rättssociologen Annika Staaf har utarbetat⁷ framgår bland annat, att dessa kan innehålla förklenande, värderande omdömen om klienten. Samma slutsats kan dras utifrån denna aktstudie, även om det bör påpekas att detta *inte* är vanligt förekommande. I en av utredningarna framgår exempelvis att:

U.t. vill mena att det är ett uttryck som speglar den omognad som NN har i förhållande till sin problematik.

I en annan utredning, från samma kommun, hävdas att klienten ”har ett hotfullt, pockande och hänsynslöst uppträdande mot sin mor och kräver henne på stora summor pengar”. I ytterligare en annan utredning hävdas bland annat följande: ”När behandling förts på tal har NN blivit arg och gått sin väg. Detta är ett vanligt förekommande beteende hos NN närhelst hon inte får som hon vill”. Ett ärende avviker på ett flagrant sätt från alla övriga akter på grund av kombinationen av olagliga tvångsåtgärder som klienten

⁷ Se Staafs forskningsrapport i betänkandets separata bilagedel.

utsätts för⁸ och de negativa omdömen som noterats om klienten i journalen: denne beskrivs bland annat som ”otrevlig och dum”.

Denna typ av nedsättande omdömen får inte belasta en utredning, och detsamma gäller obestyrkta antaganden, påståenden, hör-sägen osv. (Clevesköld, Lundgren & Thunved 2003, s. 122 f.). I några av akterna åberopas ibland rapporter från inackorderingshem eller myndigheter där man har ”iakttagit” missbrukstillfällen eller där man ”misstänker” att vederbörande har varit drogpåverkad. Inte sällan används andrahandsuppgifter mot klienten. Endast sakligt relevanta uppgifter hör hemma i en utredning, oavsett om det rör sig om en utredning enligt 7 § LVM eller en annan typ av utredning. I utredningen skall vidare lyftas fram omständigheter och fakta som talar till den enskildes förmån, ”vilket i synnerhet är betydelsefullt i sådana situationer där fråga om tvångsingripande kan aktualiseras” (ibid., s. 123). I sistnämnda hänseende kan emellertid konstateras, att utredningens aktstudie har visat att det är sällsynt att utredningar enligt 7 § LVM påtalar omständigheter mot ett tvångsingripande. Samma resultat har Ewa Gustafsson (2001) och Annika Staaf redovisat i sina respektive undersökningar.

Socialtjänstens handlingsutrymme i vissa fall

I ett ärende har socialtjänsten gjort en säregen tolkning av det handlingsutrymme som socialtjänsten har efter det att ammarrätten har beslutat att länsrättens dom om bifall till nämndens ansökan om vård, tills vidare *inte* skall gälla i avvaktan på målets slutgiltiga prövning. Efter kammarrättens beslut om inhibition kontakter klienten socialtjänsten och ber att få komma i åtnjutande av frivillig vård i öppenvård, men socialtjänsten gör bedömningen att ”NN inte kan beviljas frivillig vård då beslutet finns om LVM-vård enligt länsrättens dom. Socialförvaltningen gör bedömningen att NN ej kan tillgodogöra sig vård på frivillig väg utan är i behov av vård enligt LVM”. Klienten tar några dagar senare själv kontakt med en

⁸ Klienten hade en andrahandslägenhet med socialtjänsten som hyresvärd. Under loppet av cirka tolv månader förvägras klienten vid ett 20-tal tillfällen tillträde till lägenheten pga. onykterhet. ”Den kommer att öppnas när NN varit på (...) och blåst noll på alkometern” (utdrag ur akten). Klienten förvägras också tillträde till lägenheten för att hämta sitt röstkort inför valet 2002. Den 10/10 noteras i akten: ”För att lägenheten skall öppnas måste NN komma till ett möte med utredare X och (...) vilket tidigast kan komma till stånd den 14 oktober” (utdrag ur akten). Lägenheten låses oberoende av vilken promillehalt som NN har: ”NN blåser promille 0,05. Lägenheten låses”. Osv. JO har klargjort att denna typ av åtgärder är olagliga (JO:s beslut 2001-04-26, dnr 590-2000).

öppenvårdsenhet som han tidigare hade varit inskriven vid, men socialtjänsten meddelar enheten att ”vi inte gör någonting förrän Kammarrätten har haft förhandling. NN kan inte komma ifråga för frivillig öppenvårdsbehandling i nuläget”. Några veckor senare avlider klienten.

Kammarrättens beslut om inhibition av verkställigheten av *tvångsvård* påverkar på intet sätt socialnämndens möjlighet att medge *frivillig vård* i ett läge när klienten själv efterfrågar den. Socialtjänstens agerande i detta ärende måste därför bedömas som ytterst anmärkningsvärt.

Socialnämndens handlingsfrihet i ovannämnda exempel grundas också på kammarrättens beslut om inhibition av verkställigheten av länsrättens dom. Enligt huvudregeln har socialnämnden inte någon möjlighet att själv avgöra om länsrättsdomen skall verkställas eller ej. JO har uttalat att det inte ankommer på socialnämnden att sätta sig emot länsrättens avgörande genom att underlåta att verkställa beslutet (JO 1987/88 s. 162). Länsrättsdomen innebär att beslutet skall verkställas (12 § LVM), men om det inte går att lokalisera klienten och vården inte har påbörjats inom fyra veckor från den dag då beslutet vann laga kraft, upphör länsrättens beslut att gälla. Efter intagning på LVM-hemmet är det föreståndaren som avgör när syftet med vården har uppnåtts och utskrivning kan ske.

Planering och genomförande av åtgärder efter LVM-vistelsen

I princip saknar samtliga akter nertecknade överenskommelser med klienten om konkreta åtgärder som skall vidtas som ett led i eftervårdsarbetet – alltifrån bostad, arbete, daglig sysselsättning till fortsatt behandling. Ofta omtalas de enbart i journalanteckningarna genom en hänvisning till en vagt formulerad vårdplan som upprättades på ett mycket tidigt skede, ofta i samband med ansökan till länsrätten.

Som redovisats bland annat i kapitel 11 saknar en stor andel av de klienter som blir föremål för LVM-vård en egen bostad. I åtskilliga utskrivningsrapporter från LVM-hemmen framgår att vederbörande ”skrivs ut till bostadslöshet”. Många är hänvisade till tillfälliga och otrygga lösningar för att överhuvud taget ha någonstans att bo. Klienterna kan under årens lopp ha erhållit någon typ av boende med socialtjänsten som huvudman eller hyresvärd, men det finns också exempel på personer som utestängts, ”straffat ut sig”,

från härbärgen och andra korttidsboenden. För dessa klienter är bostaden en basal fråga, vilket ofta är ett återkommande tema i deras kontakter med socialtjänsten.

Utredningens aktstudie har också visat, att många kommuner inte ser andrahandslägenheter som socialtjänsten upplåter åt sina egna klienter som en social rättighet, utan snarare som en villkorad behandlingsinsats som omgärdas av särskilda villkor. Som exempel från aktstudien kan nämnas en klient som under ett års tid utestängdes ett tjugotal gånger från sin egen andrahandslägenhet, eftersom han vid olika kontroller inte kunde ”blåsa noll” som var socialtjänstens krav för att få bo och vistats i lägenheten.⁹ I ett annat fall tog personen ifråga ett återfall med följd att ”NN kommer att utestängas från sitt boende och få lämna detsamma. Möblerna skall magasineras” (utdrag ur socialakt). I ett tredje fall vräktes en klient från ett kommunalt härbärke eftersom han inte kunde betala logikostnaden i förskott.

14.3 Socialtjänstens bedömningar av vårdbehov och val av vårdform – en fråga om prioriteringar

På uppdrag av utredningen har fil dr Mats Ekendahl vid institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet, genomfört en undersökning om socialtjänstens bedömningar av vårdbehov och val av vårdform inom missbrukarvården.¹⁰ Studiens huvudsakliga syfte är att belysa socialsekreterares beskrivningar av LVM-anmälningar/-utredningar som ”skrivs av” utan att de leder till ansökan om tvångsvård, respektive sådana som fullföljs med en ansökan. Ekendahl har för detta ändamål intervjuat 17 socialsekreterare, baserat på ett slumpmässigt urval, som svarade för handläggningen av 19 LVM-ärenden i Stockholms stad under 2001.

Ekendahl anser att det ur intervjumaterialet är svårt att särskilja *en* faktor som socialsekreterarna anser är avgörande för bedömningen av om ett eventuellt vårdbehov skall tillgodoses på frivillig väg eller genom LVM-vård i ärenden där tvångslagstiftningen har blivit aktualiserad. I sin forskningsrapport diskuterar Mats Ekendahl några omständigheter som han anser kan tolkas ha störst

⁹ Detta ärende har föranlett ett skriftligt påpekande från utredningens sida till berörd förvaltning.

¹⁰ Forskningsrapporten återfinns i betänkandets bilagedel.

inverkan på arbetet med LVM. I det följande redovisas Ekendahls sammanfattande slutsatser från undersökningen.

1. Klienterna

Ekendahl visar i sin analys dels att flertalet av "avskrivningsberättelsernas" centrala motiv handlar om förekomsten av ett för rehabiliteringen, eller den tillfälliga "uppräckningen", gynnsamt socialt sammanhang. Missbrukarnas egenskaper tilldelas mindre vikt, även om till exempel stark personlig integritet och ett trevligt sätt säkert borgar för en bibehållen ordnad social situation. Av större betydelse anses sådana yttre omständigheter vara som medverkar till att socialsekreterarna kan ha "is i magen" och vänta på att klienterna tar sitt förnuft till fånga. Det rör sig då om det finns andra aktiva hjälpare i ärendet vilka utövar kontroll erbjuder mer adekvata insatser än de som är möjliga inom ramen för socialtjänstens verksamhet.

Socialsekreterarna redovisar att det just är kännedom om klienterna – eller brist på sådan – och inte huruvida deras egenskaper bedöms vara positiva eller negativa, som har huvudsaklig inverkan på möjligheten att skriva av LVM-anmälningar/utredningar. Med kunskap om hur klienter brukar reagera på tvångsvårdsaktualiseringar går det att förutse vilka konsekvenser olika handläggningsalternativ kommer att få, och utan kunskap blir förstahandslösningen att låta dem pröva frivilliga insatser. Flertalet LVM-ärenden i Ekendahls studie gäller klienter som sedan länge har varit aktuella för vård/stöd inom socialtjänsten. Detta kan vara en av orsakerna till att bedömningen av om frivilliga eller påtvingade insatser är adekvata inte framställs som särskilt svår. Handläggarna har lång erfarenhet av missbrukshandläggning, känner sina klienter, vet på ett ungefär vilka följder olika beslut kommer att få och tar endast till tvångsmedel när alternativa lösningar är olämpliga på grund av klientens ohälsa.

En annan central iakttagelse i studien gäller socialsekreterarnas olikartade inställning till och handläggning av ärenden som rör å ena sidan alkoholkroniker och å andra sidan heroinister. Socialarbetarnas målsättning i de förra fallen är skadereducering (*harm reduction*) och i de senare långsiktig rehabilitering. Handläggarnas grundsyn på hur dessa två grupper skall hanteras och på deras framtidsprognos överensstämmer enligt Ekendahl med den svenska hållningen gentemot alkohol respektive narkotika. Alkohol, samt

dess olika sorters brukare, är och anses komma att förbli en del av samhället. Olagliga narkotiska substanser är däremot främmande fåglar som skall elimineras utifrån målet om ”ett narkotikafritt samhälle”. Enligt myndighetsperspektivet skall Sverige befrias från narkotika och i ett sådant sammanhang finns ingen plats för insatser som konsoliderar bruket.

Det intressanta är, framhåller Ekendahl, hur självklart det är för socialsekreterarna att tvångsvården ibland fyller en funktion ur just ett rehabiliteringsperspektiv, men mer sällan ur ett skadereduceringsperspektiv. Alkoholikronikerna anses i regel kunna hjälpas (till överlevnad) genom tillfälliga insatser i närmiljön varför frivilliga eller påtvingade institutionsvistelser endast realiseras i undantagsfall, när klientens hälsa är allvarligt äventyrad på grund av den självdestruktiva livsstilen. Heroinisterna skall i stället lyftas bort från det vardagliga sociala sammanhanget, bli avgiftade, kortvarigt tvångsvårdade och sedan förhoppningsvis anträda vägen mot drogfrihet. Dessa anses utgöra sinnebilden av människor som är i behov av tvång och LVM är en möjlig första länk i en längre vårdkedja.

Denna inställning, jämte omständigheten att hälften av Ekendahls studerade LVM-ansökningsärendena avsåg heroinister som tvångsomhändertagits i syfte att åstadkomma rehabilitering, står i motsättning till slutsatsen att LVM alltid tillämpas akut i Stockholm. I heroinistärendena har tvånget kommit i fråga efter noggranna överväganden om vilken behandlingsform som kan vara lämplig.

Den allmänna betoningen av de frivilliga insatsernas företräde – som ändå görs – när det gäller LVM-aktualiserade klienter, tillsammans med strategin att vänta ut den eventuella ”uppräckningen” och tillämpandet av ”nödfallstvång”, kan sammanfattas med att socialsekreterarna hellre friar än faller. Denna praktiska manifestering av frivillighetsprincipen innebär att kostnader för ”onödiga” LVM-placeringar undviks, vilket de intervjuade uppfattar vara positivt, men får den negativa följden att förvaltningarna ständigt riskerar att begå juridiska felaktigheter.

Arbetet med LVM-aktualiseringar präglas således av ett risktänkande där en övertrasserad vårdbudget ställs mot att de LVM-anmälda avlider innan någon hjälpinsats har kommit till stånd. Socialsekreterarna beskriver att detta vanligtvis förhindras genom att alltid ansöka om LVM när den enskilde klienten synbarligen är på väg att ta livet av sig, samt genom att låta boendestödjare eller hemtjänstpersonal kontrollera klientens hälsotillstånd i ärenden där

det är ovisst om situationen kan hanteras enbart med hjälp av frivilliga insatser.

Sammantaget visar intervjuerna med socialsekreterarna att handlägningsförfarandet är individualiserat. Det har sin grund i olika synsätt på skilda klienters problematik, rehabiliteringsprognos och möjlighet att tillgodogöra sig påtvingade eller frivilliga hjälpinsatser. Detta innebär antagligen att LVM tillämpas rättsosäkert, framhåller Ekendahl, eftersom alla typer av ”LVM-mässiga” klienter skall ges samma möjlighet att beredas tvångsvård. Sett ur ett behandlingsutfallsperspektiv förefaller nämnda praxis, enligt Ekendahl, vara rationell i det att narkomaner men inte alkoholister generellt sett har nytta av längre vistelser på institution. Den överensstämmer också med teorin om att det är svårare att sluta med narkotika än med alkohol (se till exempel Blomqvist 2002) och med avsikten att tvångslösningar är mer adekvata ju mindre möjlighet klienten har att ordna upp situationen på egen hand.

2. Den kommunala ekonomin

Centralt i socialsekreterarnas resonemang är att den kommunala ekonomin påstås påverka handlingsutrymmet i klientarbetet. Cheferna sägs vara huvudansvariga för att budgeten hålls, men deras besparingsiver förs vidare till handläggarna vilka i sin tur tvingas anpassa vårdbehovsbedömningar och insatserbjudanden till resursläget. Cheferna hävdas vara tvungna att sätta ekonomin först, vilket ibland leder till oenighet kring vilka ärenden och behandlingsformer som skall prioriteras. Det förekommer till exempel att handläggarna säger sig ha varit benägna att gå in med tvångsåtgärder tidigare än sina överordnade. När så är fallet har det dock rört sig om klienter som sedermera blir tvångsomhändertagna. Denna typ av dispyt tycks alltså företrädesvis gälla *när* – och inte *om* – det är lämpligt att ansöka om LVM.

Intressant är ändå att socialsekreterarna inte tror att deras egen rättstillämpning medför att utnyttjandet av tvångsvård har minskat på samhällsnivå under senare år. De säger sig använda LVM på ett rättsligt korrekt sätt och tvekar inte att förespråka eller ta till tvångsåtgärder då andra lösningar förefaller fruktlösa eller omöjliga att få till stånd. En förutsättning är dock att den enskildes hälsa är mycket dålig eller att han/hon t.o.m. är på väg att dö till följd av missbruket.

I detta sammanhang fyller läkarundersökningarna/-intygen en viktig funktion. Dessa sägs vara vattendelarna när det gäller vilka klienter som fortsättningsvis erbjuds frivilliga insatser och vilka som tvingas in i vårdsystemet. När LVM-anmälningar inte kan skrivas av direkt, för att de bedöms uppenbart sakna grund, blir det läkarintyget som får utvisa huruvida socialsekreterarna kan ha ”is i magen” även framdeles.

3. Nyttotänkandet

En annan viktig omständighet som enligt socialsekreterarna har betydelse för LVM-handläggningsarbetet och valet av insats är deras syn på missbrukarvård i allmänhet och tvångsvård i synnerhet. Å ena sidan är målet att alla klienter skall erbjudas hjälpinsatser, ofta utan hänsyn till vilka. Å andra sidan har man bestämda uppfattningar om vad som kan fungera för vem. I deras resonemang finns dock ännu en motstridighet.

- Å ena sidan skall behandling för missbruksproblematik genomföras frivilligt, eftersom det är då den kan ha en positiv effekt.
- Å andra sidan anser man att tvånget i vissa fall är nödvändigt, eftersom den enskilde klienten annars riskerar att avlida.

Socialsekreterarna hävdar att det primärt är alkoholkroniker och heroinister som kommer i fråga för LVM-vård. Med utgångspunkt i intervjumaterialet är det möjligt att urskilja fem huvudtyper av hjälpinsatser som används i arbetet med klienterna. Av flera skäl ges de olika rangordning i de två ärendetyperna. Tvångsvård hamnar längst ned i prioriteringslistan när det gäller alkoholkroniker men relativt högt upp när det gäller heroinister.

Prioriteringslista avseende hjälpinsatser för *alkoholkroniker*:

1. Matchad frivillig insats på hemmaplan (antabus, stödkontakt, socialbidrag, boende).
2. Generell frivillig insats på hemmaplan (öppenvårdsprogram, arbetsträning).
3. Matchad frivillig vistelse på institution (inackorderingshem för omvårdnad och trivsel).
4. Generell frivillig vistelse på institution (behandlingshem för rehabilitering).
5. Påtvingad vistelse på institution (LVM).

Prioriteringslista avseende hjälpinsatser för *heroinister*:

1. Matchad frivillig vistelse på institution (behandlingshem för rehabilitering).
2. Generell frivillig vistelse på institution (familjehem för omvårdnad och trivsel).
3. Påtvingad vistelse på institution (LVM).
4. Matchad frivillig insats på hemmaplan (metadon, subutex, arbetsträning).
5. Generell frivillig insats på hemmaplan (boende, stödkontakt, socialbidrag, öppenvårdsprogram).

Givet socialsekreterarnas matchningstänkande och deras kritik gentemot tvångsvårdens rehabiliterande kapacitet, är Ekendahls slutsats att LVM:s plats i prioriteringslistorna inte är särskilt oväntad. Handläggarna vill först och främst använda sig av insatser som de tror att personer med ett tungt missbruk kan ha nytta av, vilket ofta innebär insatser som grundas på frivillighet. De vill inte försämra relationen till sina klienter och inte heller äventyra möjligheten till ett lyckat framtida motivationsarbete, varför de i görögaste mån undviker att använda det (uppfattat) integritetskränkande tvånget. Socialsekreterarna vill inte heller övertrassera budgeten och erbjuder därför inte i "onödan" placeringar på institution, utan primärt billigare alternativ på hemmaplan, såvida inte klienten är uppenbart förändringsbenägen och samtidigt bedöms ha en god prognos att i framtiden leva nyktert/drogfritt.

Listningen visar också att olika sorters öppenvårdsinsatser "på hemmaplan" hamnar högst när det gäller alkoholkroniker och lägst när det gäller heroinister. För de förra, dvs. klienter som de betraktar som icke-behandlingsbara, premieras matchade insatser som kan motverka ytterligare socialt förfall, till exempel antabus och stödkontakt. I andra hand erbjuds sådana generella insatser som anses kunna medverka till att klienter med alkoholmissbruk blir kvitt beroendet, till exempel olika sorters öppenvårdsprogram. När klienternas hälsa är akut hotad kan institutionsvistelser som syftar till omvårdnad komma ifråga. I sista hand tillämpas andra former av rehabiliterande institutionsvård, vilken uppfattas vara dyr och sällan resultera i förbättring som motsvarar kostnaderna.

I heroinistären den premieras, om resursnivån tillåter det, en matchad behandling på institution. Sådan anses kunna resultera i att heroinisternas grundproblem blir lösta och att de blir varaktigt

förbättrade. I andra hand erbjuds mer omvårdande vistelser på s.k. familjehem (där klienten lever tillsammans med drogfria vuxna och engagerar sig i exempelvis hem- och djurskötsel). I tredje hand kommer påtvingad institutionsvård. Denna hävdas ibland möjliggöra avgiftning och i förlängningen deltagande i mer rehabiliterande behandling eller metadon-/subutexprogram. Sist på listan hamnar generella insatser på hemmaplan vilka uppfattas vara ofrånkomliga delar av socialtjänstens verksamhet. De uppfattas dock vara rehabiliteringsmässigt meningslösa, eftersom de underlättar fortsatt heroinmissbruk.

Rangordningen bygger på tolkningar av (och inte på direkta frågor till) de intervjuade socialsekreterarna. Därmed kan enskilda personer beskriva och eventuellt rangordna insatserna på ett annat sätt. Trots dessa begränsningar visar intervjumaterialet och tolkningen, att synen på de två olika typerna av missbruksproblematik har ett visst genomslag i vårdbedömningar och i den praktiska verksamheten. Likaså tydliggörs att valet av tvångsvård och andra hjälpinsatser har sin grund i överväganden om vad som är lämpligast för vem.

Den beskrivna mångtydigheten när det gäller socialsekreterarnas syn på när och vilka vårdformer som skall realiserars, kan – enligt Ekendahl – ha sitt ursprung i att de är satta att följa två sociallagstiftningar; en som reglerar frivillighet och en som reglerar tvång. En annan (kompletterande) tolkning enligt Ekendahl går ut på att handläggarnas inställning är sprungen ur behandlingssystemets rehabiliteringskapacitet snarare än dess juridiska fundament. Detta innebär i förlängningen att synen på om/när/vilka insatser som skall erbjudas/påtvingas vilka personer, bygger på prognostiseringar av klienternas momentana och långsiktiga nytta, samt därmed på ett nyttotänkande. Lösningarna som presenteras har primärt klientens bästa för ögonen – även om rådande resursnivå avgör *vilkas* bästa som skall prioriteras *när* – av vilket följer att den samhälleliga nyttan att till punkt och pricka följa tvångslagstiftningens bestämmelser och intention kommer i andra hand.

14.4 Länsstyrelserna och JO om kommunernas handläggning och insatser

Under detta avsnitt lämnas en summarisk redogörelse för resultatet av vissa länsstyrelserns tillsynsverksamhet¹¹ respektive JO:s inspektioner i olika kommuner med avseende på handläggning och tillämpning inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Utgångspunkten har i första hand varit att redovisa de brister och utvecklingstendenser som uppmärksammas i enskilda kommuner. Detta skall dock inte skymma det faktum att socialtjänstens handläggning och insatser allmänt sett genomsyras av en hög ambitionsnivå och kvalitet. Redovisningen sker länsvis.

Länsstyrelsen har ett regionalt tillsynsansvar över hur kommunerna tillämpar socialtjänstlagstiftningen (13 kap. 2 § SoL), medan Socialstyrelsen har motsvarande på nationell nivå. Länsstyrelsen granskar främst i vilken mån ansvarig nämnd har uppfyllt de formella krav som ställs på myndighetsutövning utifrån de formella krav som finns på området. De former för tillsyn som länsstyrelserna i huvudsak använder sig av är verksamhetstillsyn och granskning av enskilda tillsynsärenden. Verksamhetstillsynen består av fördjupad tillsyn av socialtjänsten inom en eller flera socialnämnder eller enskild verksamhet samt kartläggning och uppföljning som ger en övergripande bild av socialtjänsten i länet. Enskilda tillsynsärenden initieras företrädesvis genom att enskilda, deras närstående eller annan myndighet, anmäler missnöje med socialtjänstens insatser, men länsstyrelsen kan också själv initiera en granskning av ett enskilt ärende. Socialstyrelsen och länsstyrelserna ger gemensamt ut en årlig rapport om resultatet av den sociala tillsynsverksamheten.¹²

JO har jämfört med länsstyrelsen ett snävare tillsynsansvar, då det är begränsat till att avse tillämpning av lagar och andra författningar ”i offentlig verksamhet” (12 kap. 6 § RF). JO prövar i första hand klagomål från allmänheten, men genomför också på eget initiativ återkommande inspektioner av socialtjänsten då man bland annat granskar utvalda akter.

¹¹ Underlaget omfattas av dels årsrapporterna Social tillsyn för 2001 och 2002, dels rapporter och enskilda tillsynsärenden som utredningen har tagit del av från respektive länsstyrelse. Utredningen omfattas av utredningssekretess genom tillägg i 3 § sekretessförordningen (SFS 2003:15).

¹² Clevesköld, Lundgren & Thunved (2003), kapitel 32.

14.4.1 Blekinge län

Verksamhetstillsyn

Länsstyrelsen genomförde år 2000 en granskning av två kommuners handläggning och öppna insatser för personer med svår missbruksproblematik.¹³ Länsstyrelsen samarbetade med länsstyrelserna i Kronoberg och Kalmar län för att utveckla en gemensam metodik inför genomförandet av tillsynen. Länsstyrelsen konstaterade bland annat i sin tillsyn, att de två granskade kommunerna hade mycket begränsade resurser för utredning och biståndsinsatser för personer med missbruksproblem. Inte i någon av kommunerna genomfördes en utredning inför beslutet om insatser i öppen vård. De insatser som aktualiserades var i ena kommunen drogtester och att klienten hänvisades till landstingets alkoholrådgivning. I den andra kommunen valde man att anlita öppna vårdformer i närliggande kommuner eller upphandla denna tjänst från en behandlingsenhet. Olika former av stöd till sysselsättning förekom i båda kommunerna.

Länsstyrelsen gjorde beträffande insatskvaliteten bedömningen, att kommunernas uppföljningar var dåligt strukturerade och ofullständiga. ”Anmärkningsvärt är (...) att arbete och sysselsättning tycks vara viktigare områden än bostadsförhållanden och sociala kontakter med t.ex. barn”, framhöll länsstyrelsen i sin tillsynsrapport.

Enskilda tillsynsärenden

Länsstyrelsen riktade i ett tillsynsärende från början av år 2000 kritik mot socialnämnden i en av kommunerna – som för övrigt också var föremål för ovannämnda verksamhetstillsyn – för dess passivitet att arbeta med boendesociala frågor gentemot bland annat klienter med ett tungt missbruk.¹⁴ ”Socialnämnden förlitar sig i hög grad på den enskildes egen förmåga att ordna sin boendesituation. Trots att socialnämnden har information om att den enskilde har hyresskulder, andra skulder eller störningsanmärkningar i tidigare boenden hänvisar socialnämnden i huvuddelen av de granskade ärendena den enskilde till egna kontakter med olika hyresvärdar”, framhöll länsstyrelsen. Vidare noterade Länsstyrelsen, att nämnden inte i något av ärendena där den enskilde saknade bostad eller hade

¹³ Lst Blekinge län: *Tillsynmissbrukarvård*. (Rapport daterad 31.10.00).

¹⁴ Dnr 502-75-2000.

en bristfällig bostad har haft en planerad strategi för att tillsammans med den enskilde lösa boendesituationen. Länsstyrelsen framhöll att ”socialnämnden torde vara väl medveten om att det är svårt för den enskilde att sluta med eller minimera sitt missbruk i de boendialternativ som står till buds”.

14.4.2 Gävleborgs län

Verksamhetstillsyn

Vid en inspektion som JO gjorde av en kommunal nämnd visade det sig att förvaltningen inte använde sig av någon särskild blankett när omhändertagandebeslut enligt 13 § LVM skulle underställas länsrätten.¹⁵ ”Enligt min mening är det av flera skäl lämpligt att använda någon form av blankett eller missivskrivelse när ett beslut om omhändertagande underställs länsrätten”, framhöll JO, även om det i sig inte finns något uttryckligt krav på att använda en sådan handling. Av journalen måste det dock framgå när beslutet underställdes länsrätten, och JO konstaterade att det i några fall saknades sådan dokumentation.

Enskilda tillsynsärenden

I ett enskilt tillsynsärende från augusti 2001 riktade länsstyrelsen kritik mot en av kommunerna.¹⁶ Bakgrunden var att en person den 22 december 2000 hade blivit omedelbart omhändertagen enligt 13 § LVM, men på grund av platsbrist inom LVM-vården kunde beslutet inte verkställas med omedelbar verkan. I stället inleddes LVM-vården på sjukhus, men patienten skrevs ut den 28 december ”då han var bråkig och våldsam”. Dagen efter utskrivningen gjorde socialnämnden ett hembesök hos klienten. Tre dagar senare (2 januari) gjordes nytt hembesök ”efter påstötning från Hälsocentralen”, och patienten fördes samma dag till sjukhus. Den 4 januari beslöt socialnämnden att inte ansöka om vård enligt LVM, varför länsrätten upphävde omhändertagandebeslutet. Dagen därpå avled patienten på sjukhus.

I sitt beslut framhöll länsstyrelsen att socialnämnden borde ha haft daglig kontakt med klienten under den tid som förflöt från det

¹⁵ Dnr 3406-2000.

¹⁶ Dnr 502-1214-01.

att han blev utskriven fram till dess han åter blev inskriven på sjukhus. ”Man borde haft daglig kontakt med honom med hänsyn till hans dåliga fysiska hälsa”, betonade Länsstyrelsen i sitt beslut.

14.4.3 Hallands län

Vid JO:s inspektion i oktober 2002 av socialnämnden i en av länets kommuner framkom brister i dokumentationen rörande myndighetens beslut rörande utredning enligt 7 § LVM.¹⁷ I ett av de granskade ärendena hade kommunen inlett en utredning och först två månader senare hade den enskilde underrättats om beslutet. Vidare var det i vissa ärenden oklarheter i dokumentationen när utredningar enligt 7 § hade inletts och avslutats. ”Med hänsyn till de rättsverkningar som är knutna till utredningsförfarandet måste det klart och entydigt framgå av dokumentationen i personakten om en utredning pågår”, betonade JO.

14.4.4 Jämtlands län

Verksamhetstillsyn

Länsstyrelsen har undersökt hur omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM har använts i Östersunds kommun.¹⁸ En förstudie gjordes av samtliga fastställda länsrättsbeslut under 2000 och 2001 (27 respektive 28 beslut) i Jämtlands län, och denna studie visade att endast 33 respektive 18 procent av besluten enligt 13 § fullföljdes med en ansökan om vård. Majoriteten av de 28 omhändertagandebesluten under 2001 avsåg klienter i Östersunds kommun, varför denna kommun valdes ut för en vidare granskning. Länsstyrelsen granskade 12 personakter från kommunen där kriterierna för urvalet var minst ett beslut enligt 13 § under 2001 samt beslut från socialnämnden att inte ansöka om tvångsvård.

Länsstyrelsens sammanfattande bedömning var att ”kommunens val att inte ansöka om tvångsvård i flera av de ärenden som granskats (kan) ifrågasättas”. Länsstyrelsen ifrågasatte kommunens tolkning av klientens samtycke till frivilligvård i många av dessa ärenden, och framhöll att ”utredarens professionella bedömning av

¹⁷ Dnr 3402-2002.

¹⁸ Lst Jämtlands län: *Hur används omedelbart omhändertagande enligt § 13 LVM i Östersunds kommun?* (december 2002).

trovärdigheten i samtycket skall framgå i utredningen. Fler faktorer än enbart missbrukarens ja till frivillig vård bör vägas in i bedömningen”. Länsstyrelsen konstaterade att ”man kan skönja en tendens till att kommunen utvecklat ett eget synsätt på LVM-vården som kan påverka bedömningen i utredningen för om man skall ansöka om tvångsvård eller ej”.

Länsstyrelsen diskuterade också de frivilliginsatser som kommit till stånd när socialnämnden har valt att inte fullfölja med en ansökan om vård: ”Förutsättningen för beslut om omedelbart omhändertagande är att den enskilde sannolikt kan beredas vård enligt LVM. Tvångsvård skall alltid inledas med vård vid behandlingshem. Om LVM-utredningen visar att vård kan beredas under frivilliga former borde sannolikhetsaspekten predestinera valet av insats till frivillig vård vid behandlingshem. Att det är vanligare med andra former av frivilliga insatser än behandlingshem innebär att sannolikhetsaspekten i valet av insatser då negligeras. Det innebär också att det kan ifrågasättas om det omedelbara omhändertagandet som föranledde LVM-utredningen skulle ha verkställts”.¹⁹

Enskilda tillsynsärenden

Ett av de enskilda klagomålsärendena illustrerar länsstyrelsens resonemang.²⁰ Ärendet avsåg en 20-årig man där socialnämnden hade fattat ett omhändertagandebeslut som länsrätten sedermera fastställde. Kommunen valde dock inte att ansöka om vård, utan erbjöd i stället en stödkontakt med två socionomer på olika tider. Fjorton dagar efter hemkomsten från LVM-hemmet begick NN självmord. Länsstyrelsen ansåg att de planerade insatserna, som i stort sett saknade behandlingsinslag, inte var relevanta utifrån den enskildes svåra problembild. Länsstyrelsen menade att det var än allvarigare att kommunen trots ett flertal signaler inte omgående följde upp den frivilliga vården. Länsstyrelsen gjorde bedömningen att konstaterade brister förtjänade allvarlig kritik.

¹⁹ *ibid.*, s. 7.

²⁰ Dnr 502-1144-99.

14.4.5 Jönköpings län

Verksamhetstillsyn

I januari 2002 publicerade länsstyrelsen en tillsynsrapport som närmare granskade två befolkningsmässigt jämnstora kommuner (30 000 invånare), vilka dessutom i sin budget avsatte ungefär lika mycket till missbrukarvården.²¹ Kommun A hade valt att satsa merparten av resurserna på en väl utbyggd öppenvård medan kommun B huvudsakligen använde sina resurser till institutionsvård. Kommunerna hade valt olika modeller för organiseringen av missbrukarvården: A har en specialiserad organisation för missbrukarvården medan B arbetar generellt med olika typer av ärenden.

De granskade kommunerna var således varandras motsats i många avseenden. Utifrån kommunernas ensidiga val av antingen öppenvård eller heldygnsvård framhöll länsstyrelsen, att ”det inte enbart är viktigt att kommunen erbjuder missbrukare vård utan att det också finns en balans mellan de öppna stöd- och vårdformerna och de olika formerna för institutionsvård. Balansen handlar inte enbart om kvantitet utan om innehållet och kvaliteten i den vård som ges. /---/ Det är inte acceptabelt att generellt erbjuda öppenvårdsinsatser utan hänsyn till den enskildes vårdbehov”.

Båda de granskade kommunerna uppvisade klara brister i sin dokumentation. I en av kommunerna gick det för övrigt inte att slutföra aktgranskningen eftersom det i 10 av 15 undersökta akter helt saknades utredningar. Många utredningar var alltför bristfälliga för att utgöra ett bra beslutsunderlag inför val av insats, påpekade länsstyrelsen. Motsvarande problem kunde noteras vid en verksamhetstillsyn i en annan av länets kommuner.²²

I ett tillsynsärende som genomfördes under 1999 undersökte länsstyrelsen en totalundersökning i länets 13 kommuner med avseende på bland annat missbrukssituationen, ärendehandläggningen samt vilka insatser som erbjudits personer med uttalade missbruksproblem.²³ Länsstyrelsen gjorde en aktgranskning av samtliga 54 utredningar som hade genomförts enligt 7 § LVM under perioden 1 juli 1997 och ett år framåt. Dessa 54 utredningar fördelade sig på 53 personer, av vilka 24 tidigare hade vårdats med stöd av LVM. Av sistnämnda grupp hade samtliga tidigare också varit föremål för frivilliga insatser: 20 i heldygnsvård och fyra i öppenvård. Av de 53

²¹ Dnr 701-1316-01.

²² Dnr 502-8543-99.

²³ Dnr 502-1637-99.

där kommunerna inledde en utredning enligt ovan var fyra inte tidigare kända av socialtjänsten.²⁴

Enskilda tillsynsärenden

I ett tillsynsärende uttalade länsstyrelsen kritik mot en socialnämnd för att man inte hade brytt sig om att ansöka om vård enligt LVM.²⁵ Anhöriga anmälde socialtjänsten för att man underlåtit att agera trots att NN:s sociala misär och missbruk hade ökat. Nämnden ansåg i ett yttrande att NN, en man i 25-årsåldern, hade en vilja att komma ifrån sitt missbruk och leva ett drogfritt liv och att man hade valt att tillmötesgå hans egna önskemål om frivilliga insatser. NN var tidigare placerad med stöd av LVU men de sex senaste åren hade insatserna huvudsakligen bestått av öppenvårdsinsatser, där nämnden kombinerat stödboende på kommunens olika boende med sysselsättning och kontaktman. Nämnden hade inte initierat en LVM-utredning eftersom NN medverkade till frivilliga insatser. I september 2000 accelererade missbruket och NN blev sedermera dömd till rättspsykiatrisk vård.

Länsstyrelsen framhöll för sin del, att ”trots att nämnden gjort bedömningen att det är uppenbart att NN har ett fortgående missbruk med risk att han förstör sitt liv och utsätter sin hälsa för allvarlig fara, har man valt en strategi som grundar sig på att frivilliga insatser inte är uttömda”. Men, kommenterade länsstyrelsen:

Av Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1997:6 (S), s. 10 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 missbrukaren 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.

Länsstyrelsen poängterade att man inte – som nämnden gjorde gällande – kan arbeta med frivilliga insatser av öppenvårdskaraktär när klienten gång på gång avbryter öppenvårdsinsatser och avböjer erbjudanden om vård på behandlingshem. Länsstyrelsen ansåg att socialnämndens insatser för att bryta missbruket hade varit otillräckliga.

²⁴ En av dessa personer vistades tillfälligt på semester i kommunen.

²⁵ Dnr 502-3223-00.

I ett annat tillsynsärende (II) hade socialnämnden i kommun A riktat klagomål mot nämnden i kommun B för att man i sistnämnda kommun hade försökt "övervältra" en person med tung missbruksproblematik till kommun A.²⁶ Länsstyrelsen konstaterade allmänt "att 'övervältra' eller 'dumpa' klienter till en annan kommun är aldrig försvarbart utan kan innebära att klienter med allvarliga missbruksproblem kombinerat med en psykiatrisk problematik och fysiska skadeverkningar löper en uppenbar risk att fara illa".

14.4.6 Kronobergs län

Verksamhetstillsyn

Länsstyrelsen genomförde år 2000 en granskning av två kommuners handläggning och öppna insatser för personer med svår missbruksproblematik.²⁷ Länsstyrelserna i Kronoberg, Kalmar och Blekinge samarbetade i ärendet genom att de utvecklade en gemensam metodik inför genomförandet av tillsynen, och den publicerade rapporten innehöll dessutom en gemensam bedömning av de tre länsstyrelserna. Tillsynen baserades på ett länsstyrelsernas uppdrag i regleringsbrevet för 1999 enligt vilket man skulle redovisa och bedöma huruvida behovet för missbrukare med svår problematik tillgodosågs. För genomförandet av uppdraget intervjuades ledningspersonal, klienter och handläggare, och vardera tre akter per kommun granskades.

Beträffande insatskvaliteten konstaterade länsstyrelsen att behandlingsplaner kopplade till beviljade insatser var sällan förekommande och dokumenterade uppföljningar var än mer sällsynta. Det noterades dock att den ena kommunen hade påbörjat ett arbete med strukturerade uppföljningar av behandlingsinsatserna och dokumentationen av dessa. Beträffande handläggningskvaliteten noterades olika typer av brister. Bland annat hade inte klienten i något av de undersökta fallen undertecknat behandlingsplanen. Granskningen visade också att frågan om missbrukets omfattning och dess följder ofta utelämnades i socialtjänstens utredningar. I de fall klienten har haft minderåriga barn har barnperspektivet varit bristfälligt beskrivet.

²⁶ Dnr 502-888-01.

²⁷ Lst Kronoberg: *Missbrukarvård. Rapport från tillsyn av missbrukarvården i två kommuner.* Meddelande 2000:38.

Av länsstyrelsernas avslutande synpunkter framgick bland annat, att medan de stora kommunerna i de tre länen ofta bedömdes ha ett varierat och bra utbud av insatser för klientgruppen, hade de mindre kommunerna inte samma resurser att bedriva behandlingsarbete i öppna former utan sistnämnda kommuner kunde huvudsakligen erbjuda stödinsatser och psykosocial rådgivning. Länsstyrelserna rekommenderade att små kommuner i större utsträckning än idag borde samverka med andra kommuner för att utveckla ett varierat utbud av verksamheter. Vidare ansåg de tre länsstyrelserna, att alla de undersökta kommunerna behövde utveckla ärendehandläggningen inom verksamhetsområdet, både med avseende på utredningarnas innehåll och beslutsformuleringar samt arbetet med behandlingsplaner.

Enskilda tillsynsärenden

När det gällde enskilda klagomålsärenden riktade länsstyrelsen kritik mot att socialnämndens AU i en av länets kommuner hade beslutat ge förvaltningen i uppdrag att utforma riktlinjer gällande vård och behandling vid missbruk.²⁸ Av AU:s beslut framgick bland annat, att en utgångspunkt skall vara att "bistånd till vård och behandling för missbruk beviljas endast en gång" samt att "om den sökande gjort sig skyldig till brott skall ansökan om bistånd till vård och behandling i avvaktan på domstolsbeslut om kriminalvård avslås". Länsstyrelsen konstaterade i sitt beslut att det inte fanns något stöd i socialtjänstlagen för riktlinjer med detta innehåll. Länsstyrelsen förutsatte att uppdraget omformulerades på dessa punkter, och om riktlinjer med detta innehåll trots allt hade antagits av socialnämnden förutsattes att dessa ändrades.

14.4.7 Norrbottens län

Verksamhetstillsyn

Norrbottens län är ett exempel på ett län där antalet ansökningar om vård enligt LVM kan fluktuera oerhört under enbart en treårsperiod: under 2001 var antalet ansökningar (21) liksom antalet kommuner som aktualiserade ansökningar om vård det högsta

²⁸ Dnr 502-4652-01.

under ett kalenderår sedan 1994, medan året dessförinnan var motsvarande antal (9) det lägsta sedan 1990, för att under 2002 uppgå till nio ansökningar vilket var det näst lägsta antalet sedan 1994. I 2002 års rapport om LVM-ingripanden i länet ansåg länsstyrelsen att det fanns anledning att ”starkt ifrågasätta om kommunerna tillämpar lagen enligt lagstiftarens intentioner samt om de tunga missbrukarna får sina vårdbehov tillgodosedda”. Skälet var att socialnämnderna i länet använde LVM först när ”påvisbara medicinska/psykiatriska och tydliga sociala och/eller våldskomplikationer föreligger”. Enligt länsstyrelsen fanns det skäl att åberopa sociala indikationer i LVM § 4 i större utsträckning än vad som faktiskt sker.

Länsstyrelsen har under perioden 2000–2003 genomfört tillsyn i sex kommuner med avseende på verksamheten för vuxna med missbruksproblem.²⁹ De större brister som har framkommit vid denna tillsyn har – utöver brister i dokumentationen (bland annat gällt oskäligt lång handläggnings/utredningstid i några ärenden), underlåtenhet att aktualisera LVM-insats i enstaka ärenden, samt avsaknad av eller bristfälliga vårdbedömningar vid utredning om insatsbehov till följd av missbruk. I en av kommunerna användes exempelvis ett och samma HVB-hem oavsett individuellt vårdbehov och syftet med vårdinsatsen.

Enskilda tillsynsärenden

Bland enskilda klagomålsärenden kan nämnas ett ärende där socialtjänsten inte initierade en utredning enligt 7 § LVM trots upprepade anmälningar från anhörig och trots att klienten sedan lång tid tillbaka hade fortgående missbrukat alkohol i kombination med T-sprit. Länsstyrelsen kritiserade kommunen för ”en anmärkningsvärd passivitet i handläggningen av ärendet”.³⁰

²⁹ Dnr 502-4931-00, 502-11357-00, 502-2813-01, 502-15940-02, 701-17709-03, 701-5162-03.

³⁰ Dnr 502-12449-01.

14.4.8 Skåne län

Verksamhetstillsyn

Länsstyrelsen presenterade våren 2001 resultatet av sin granskning av missbrukarvården för 1999 i åtta utvalda kommuner.³¹ Det finns konstaterade brister i varje kommun, ofta av formell karaktär, men bristerna är inte av den arten att de föranledde kritik från länsstyrelsens sida.

Enskilda tillsynsärenden

Hösten 2001 uppmärksammades länsstyrelsen av personalen vid kommunens vuxenenhet på att nämnden sedan drygt ett halvt år tillbaka hade avslagit alla ansökningar om extern vård med hänvisning till kommunens öppenvård, trots att den enskilde av handläggande socialsekreterare hade bedömts vara i behov av extern vård eller behandling.³² Länsstyrelsen granskade fem ärenden som avsåg fyra personer. I samtliga fall hade socialsekreterarna föreslagit nämnden att bevilja extern vård för de sökande. Nämnden hade avslagit ansökningarna med hänvisning till kommunens egen öppenvård: exempelvis att avvakta pågående öppenvård, att ärendet bedömdes ofullständigt utrett samt att förnyad öppenvårdskontakt borde prövas innan man valde en institutionsplacering medan motivering för avslaget saknades i ett fall.

Länsstyrelsen fann skäl att särskilt kommentera ett ärende där nämnden vid två tillfällen hade hänvisat klienten till öppenvård. Länsstyrelsen konstaterade för sin del att det av handlingarna klart framgick att öppenvårdsinsatser inte var tillräckliga. Den öppenvårdskontakt som erbjudits var samtalskontakt med handläggande socialsekreterare ”och detta har uppenbart inte gett önskat resultat”. I sin sammanfattande bedömning betonade länsstyrelsen, att ”det är inte rimligt att en person i behov av behandling för missbruk skall hänvisas endast till öppenvård då detta har prövats vid flera tillfällen. Enligt Länsstyrelsens uppfattning borde den sökande erhållit behandling på HVB”.

I tillsynsärende (II) gällde den övergripande frågan varför en ungs persons långvariga injektionsmissbruk inte hade resulterat i om-

³¹ Dnr 502-7467-00, 502-7468-00, 502-7469-00, 502-7475-00, 502-7474-00, 502-7470-00, 502-7472-00, 502-7473-00.

³² Dnr 701-36911-01.

händertagande enligt LVU eller LVM.³³ Ärendet avsåg en 20-årig ung man som i tidigt tonår hade debuterat i missbruk. Under de senaste två åren hade han genomgått olika typer av behandlingsinsatser i såväl öppenvård- som heldygnsvård, varefter han ofta återfallit i missbruk efter avslutad insats alternativt avbrutit denna i förtid. Hösten 2000 dömdes han till fängelse. Innan påföljden började verkställas var han intagen för avgiftning, men avbröt den i förtid. Kort tid därefter omhändertogs han med stöd av 13 § LVM, men socialnämnden valde att inte fullfölja med en ansökan. ”Socialförvaltningen hade för avsikt att under fängelsetiden försöka motivera honom till åtgärder som kan leda till drogfrihet. Går inte detta kommer LVU- eller LVM-vård att övervägas” (utdrag ur Lst skrivelse). Efter att NN hade avtjänat sitt straff kontaktade länsstyrelsen socialnämnden för att efterhöra vad som hänt i ärendet: vare sig tvångsvård eller frivilligvård hade aktualiserats. I sin bedömning påpekade länsstyrelsen bland annat följande:

Socialtjänsten betonar frivillighet och självbestämmande i arbetet med enskilda ungdomar, men även om samtycke finns utesluter detta inte att LVU eller LVM kan vara tillämpligt, vilket är en viktig utgångspunkt.

Länsstyrelsen ansåg att övervägande borde ha gjorts om lämpliga behandlingsinsatser när det visade sig att NN missbrukade under sin fängelsetid. Länsstyrelsen konkluderade att förvaltningen ”saknade en helhetsbedömning av NN:s möjligheter att genomföra behövlig frivillig vård, inte minst med tanke på hans tidiga missbruksdebut och upprepade misslyckanden på frivillig väg”.

I tillsynsärende (III) riktade länsstyrelsen allvarlig kritik mot en stadsdelsförvaltning i Malmö på grund av brister i utrednings-, stöd- och behandlingsarbetet i ett fall där en ung man avled av en överdos heroin under hösten 1999.³⁴ Länsstyrelsen gjorde en omfattande utredning i ärendet som belystes utifrån en rad olika aspekter: frivillighet/tvång, samtycke/samförstånd, insatsernas relevans, förekomsten av vårdplan. I det följande berörs endast nämndens agerande sommaren 1998 efter att NN varit föremål för avgiftning på ett HVB-hem. NN samtyckte då till frivilliga insatser vilka manifesterades i en vårdplan, men NN följde inte denna. Stadsdelsförvaltningen konstaterade att NN genom sitt beteende visat att han ej hade för avsikt att sluta med droger, då han avböjde

³³ Dnr 502-38033-00.

³⁴ Dnr 502-13582-00.

alla former av stöd och hjälp. Förvaltningen ansåg att man inte kunde göra mer och avslutade ärendet. En bidragande orsak till detta var – framhöll socialtjänsten – att frivårdsmyndigheten skulle ha en fortsatt kontakt med NN. Förvaltningen ansåg inte heller att rekvisiten för tvångsvård var uppfyllda.

Länsstyrelsen framhöll i sin bedömning att stadsdelsförvaltningen ”i detta skede visat allvarlig brist i handläggningen genom att avsluta ärendet. Enligt 11 § SoL [vilket motsvarar 5 kap. 9 § i 2001 års SoL] skall socialnämnden aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård han behöver för att komma ifrån sitt missbruk. Länsstyrelsen anser att det fanns klara indikationer på att LUV alternativt LVM var tillämplig”.

14.4.9 Stockholms län

Verksamhetstillsyn

Länsstyrelsen genomförde 1999 tillsyn vid en av Stockholms stadsdelsförvaltningar mot bakgrund av inkomna skrivelser, anmälningar i enskilda ärenden och tidningsartiklar om missbrukarvården i nämnda stadsdel.³⁵ Som underlag för länsstyrelsens beslut i verksamhetstillsyn låg även en granskning av tolv slumpmässigt utvalda akter avseende personer med ett tungt missbruk.

I sitt yttrande till länsstyrelsen förklarade stadsdelsnämnden att kostnadsminskningar inom området för att uppnå en balanserad budget kan medföra att endast de klienter som löper uppenbar risk att omhändertas enligt LVM kan komma ifråga för heldygnsvård på behandlingshem. Av nämndens yttrande framgick vidare att för personer med missbruksproblem bosatta i stadsdelen riskerade förhållandena att ytterligare försämrats eftersom än mer restriktivitet bedömdes komma att krävas när det gällde bistånd i form av boende på inackorderingshem. Av ett enkätsvar som förvaltningen besvarat framgick att ”extremt hårda prioriteringar” hade gjorts under 1990-talet vid framför allt placeringar på HVB-hem.

Vid aktgranskningen gjorde länsstyrelsen bedömningen att i hälften av journalerna var insatserna, i förhållande till missbrukets omfattning och svårighetsgrad, ”god och/eller adekvat men på gränsen till låg”. I den andra hälften av ärendena ansåg länsstyrelsen att handläggningen inte varit tillräckligt aktiv när det gällde upp-

³⁵ Dnr 2122-99-27467, 2122-99-18569, 2123-99-22070.

följning av genomförda insatser. ”Det framgår av akten”, konstaterade länsstyrelsen, ”att ekonomiska hänsynstaganden styrkt och påverkat valet av insatser för den enskilde missbrukaren i alltför stor omfattning”. Aktgranskningen visade på en tendens att avskriva påbörjade utredningar enligt 7 § LVM även när en person endast dömts till ett kortare fängelsestraff. När det gällde kvaliteten på dokumentationen i övrigt ansåg länsstyrelsen att aktgranskningen visade på ”en del generella brister”, exempelvis bristen på skriftliga vårdplaner som var undertecknade av klienten och begränsade till tid och omfattning.

Länsstyrelsens sammanfattande bedömning var att missbrukarvården inom stadsdelsnämnden ”inte i tillräcklig utsträckning” motsvarade de krav och intentioner som framgår av både SoL och LVM.

I en annan tillsynsrapport³⁶ undersökte länsstyrelsen hur 1988 års ändringar i SoL, med undanröjande av möjligheten att anföra förvaltningsbesvär rörande beslut enligt dåvarande 6 g § SoL, hade påverkat sättet att fatta beslut om vård och om andelen avslag förändrats efter lagändringen och om andelen placeringar på behandlingshem påverkats. Totalt sex kommuner eller kommundelsnämnder i länet (dock ej Stockholms stad) studerades. En av länsstyrelsens slutsatser var att det inte fanns något belägg för att socialtjänsten oftare skulle avslå behandlingsinsatser till följd av att rätten att anföra förvaltningsbesvär hade upphört. ”Enligt många samstämmiga uppgifter”, skriver länsstyrelsen, ”började socialtjänsten att på allvar försöka sänka sina kostnader många år före lagändringen”.

Under 2003 har länsstyrelsen redovisat resultatet av den öppna missbruksvården i länet utifrån dels en enkätundersökning till länets samtliga kommuner/stadsdelsförvaltningar, dels genom en fördjupad studie i vardera två kommuner och stadsdelsförvaltningar.³⁷ Av enkätundersökningen kan utläsas stora variationer mellan kommunerna och stadsdelarna i de insatser som man de facto är beredd att erbjuda den enskilde. Utbudet i många kommuner är begränsat samtidigt som insatserna i många fall styrs till den egna kommunala öppenvården. ”Det finns därför skäl att ifrågasätta om missbrukarna får adekvat vård i förhållande till behoven samt i

³⁶ Lst Stockholms län: *Rapport över socialtjänsten. Individ- och familjeomsorgen 2000* (Rapport 2001:09).

³⁷ Lst Stockholms län: *Den öppna missbruksvården i Stockholms län – en kartläggning* (Rapport 2003:9).

vilken mån brukaren har inflytande över valet av behandling”, framhöll länsstyrelsen. För kvinnor med missbruksproblem konstaterades att även om dessa utgjorde en ”prioriterad” målgrupp enligt en fastställd kommun- och landstingsgemensam policy, uppvisade de undersökta kommunerna en annan bild: endast några få kommuner/stadsdelar kunde erbjuda särskilda insatser för kvinnor.

Utifrån den fördjupande granskningen av missbrukarvården i två kommuner och två stadsdelsförvaltningar, bland annat efter att ha granskat 40 slumpmässigt utvalda akter, redovisade länsstyrelsen följande generella slutsatser:³⁸

LVM-anmälningar hade inte dokumenteras på ett acceptabelt sätt, och det saknades bedömningar av på vilket sätt frivillig vård tillgodoser klientens behov: ”Ett av dessa fall handlade om en bostadslös kvinna med alkohol- och heroinmissbruk. LVM-utredningen avslutades och kvinnan fick senare som insats 45 minuters samtal i veckan hos extern vårdgivare under tre månader”, konstaterade exempelvis länsstyrelsen beträffande en av två undersökta stadsdelar i Stockholms stad.³⁹

Av aktgranskningen framgick inte i något enda fall att socialtjänsten prövat om klientens samtycke till vården var realistiskt. ”Ändå visade dokumentationen att tidigare frivilliga insatser hade misslyckats upprepade gånger”, noterade länsstyrelsen. Granskningen visade också att det var sällsynt att olika behandlingshem-alternativ diskuterades eller övervägdes. Skälet till att vissa insatser valdes framför andra var ”oklart”, ansåg länsstyrelsen. I mycket hög utsträckning var socialtjänstens fokus på kontroll av nykterhet/drogtester i stället för motivation och behandling. ”Det krävdes t.ex. av en klient, som framställde om att få komma till behandlingshem, att han först skulle komma på avtalade tider samt sköta drogkontroller för att frågan sedan skulle tas upp till diskussion. Detta kan ses som en paradox eftersom oförmågan att sköta avtalade tider samt drogkontroller kan vara en indikation på att klienten ej klarar öppenvård”, konstaterade länsstyrelsen i sitt beslut beträffande en av de undersökta kommunerna.

Aktgranskningen visade också på svårigheterna för personer med missbruksproblem att få hjälp från psykiatrin, även i de fall när socialsekreterarna aktivt försökte aktualisera klienten. I flera av de ärenden som länsstyrelsen granskade framgick att den psykiatriska mottagningen krävde sex månaders drogfrihet/nykterhet för att

³⁸ Dnr 2121-02-58947.

³⁹ Dnr 2121-02-58947, skrivelse daterad 2003-06-18 till denna sdn.

klienten överhuvud taget skulle få komma till mottagningen. ”Länsstyrelsen anser att det är angeläget att berörda nämnder, på en övergripande nivå, försöker påverka landstinget, så att missbrukare med psykiska problem får den hjälp de behöver av den öppna psykiatriska vården.”

Aktgranskningen resulterade i att länsstyrelsen riktade allvarlig kritik mot en av kommunerna och en av stadsdelarna:⁴⁰

- SDN X i Stockholms stad kritiserades för att inte uppfylla 5 kap. 9 § SoL genom ”att inte erbjuda missbrukare dygnet-runtvård eller extern öppenvård då behov föreligger”. Av de fyra granskade kommunerna/sdf var X den som i minst utsträckning erbjöd institutionell vård. ”I flera av de akter som granskats har förhållandena för klienterna varit sådana att behovet av vård dygnet runt borde ha utretts och bedömts samt diskuterats med klienten. I ett fall har klienten efterfrågat vård dygnet runt men detta har inte följts upp. I stället erbjöds klienten öppenvård utan att det framgår varför öppenvård ansågs vara en adekvat insats” (utdrag länsstyrelsens tillsynsbeslut). Beträffande LVM-anmälningar konstaterades att dessa inte utreds tillräckligt ”utan övergår i frivillig vård utan motivering”. Många ärenden hade avskrivits ”alltför lättvindigt” utan någon planerad uppföljning trots att missbruksproblemet kvarstår”.
- Kommun Y i Stockholms län kritiserades för att nämnden genom bristande motivationsarbete inte uppfyllde bestämmelsen i 5 kap. 9 § SoL. Aktgranskningen och intervjuer med personal inom vuxenheten visade att personalresurserna inte ”räcker till” för att kunna bedriva motivationsarbete, vilket fick till följd att klienter som inte var motiverade överhuvud taget inte togs emot vid den kommunala beroendeenheten.

Beträffande JO:s verksamhetstillsyn har sedan år 2000 tre planerade inspektioner ägt rum inom stadsdelsnämnder i Stockholms stad avseende bland annat vuxna med missbruksproblem.⁴¹ I samtliga granskade ärenden vid dessa tre inspektioner framkom att det saknades uppgift om att tjänsteman hade utsetts att vara kontaktperson enligt 8 § LVM. Enheten klargjorde att handläggaren i det en-

⁴⁰ Dnr 2121-02-58947, skrivelse daterad 2003-06-18 (SDN X); dnr 2121-02-58947, skrivelse daterad 2003-06-16 (kommun Y).

⁴¹ Dnr 456-2002, 3923-2000, 867-2001.

skilda ärendet regelmässigt svarade för kontakterna, men detta skedde utan särskilt beslut eller annan dokumentation i ärendet (se vidare kapitel 7).

Vid en av inspektionerna framgick att nämnden, efter det att länsrätten den 1 december 2000 hade förordnat att NN skulle beredas vård med stöd av LVM och att beslutet skulle gälla omedelbart, *inte* hade verkställt länsrättens beslut. I en journalanteckning framgick att ”handläggare har återkallat handläggningen pga. att verkställighetstiden har gått ut”. Med anledning av vad som framkom vid inspektionen beslutade JO att på eget initiativ utreda de handlägningsfrågor som uppkom med anledning av detta ärende.⁴² Vid samma inspektion framkom stora brister i den löpande dokumentationen i ärenden enligt LVM, men också i andra ärendetyper.⁴³ Som ett av många exempel kan nämnas, att den myndighet som har beslutat om omedelbart omhändertagande enligt 13 § också skall låta den omhändertagne få del av handlingarna i ärendet och underrätta denne om hans eller hennes rätt att yttra sig skriftligt till länsrätten inom viss angiven tid, att begära muntlig förhandling och att erhålla offentligt biträde. Nämndens åtgärder skall dokumenteras i journalen, men vid granskningen av akter vid två av de granskade nämnderna framgick inte om nämnden vidtagit åtgärder enligt 16 § LVM.

Brister av andra slag framkom i JO:s verksamhetstillsyn inom socialtjänsten inom stadsdelsnämnd (III), där det fanns exempel på lång utredningstid (drygt sex månader) i något av de undersökta ärendena. JO påminde om skyndsamhetskravet, och framhöll att ”nämnden borde ha slutfört utredningen i ett betydligt tidigare skede och då tagit ställning till om en ansökan om tvångsvård skulle ha getts in till länsrätten eller ej”.⁴⁴

Enskilda tillsynsärenden

Av de enskilda ärenden som utredningen har tagit del av har några gällt tvister om vilken kommun som skall anses vara ansvarig kommun. Länsstyrelsen har i sina beslut betonat att ”tvister som

⁴² Vid telefonkontakt 2003-11-14 med JO:s expedition framkom att ärendet ännu inte var färdigbehandlat (dnr 1606-2002).

⁴³ Dnr 3923-2000. Se dnr 4208-2000 (JO:s beslutsdatum 2001-09-05) som initierades av JO med anledning av inspektionen inom socialtjänsten. Bristerna i dokumentationen ledde till att personalen sedermera fick genomgå en särskild fortbildning i ärendehandläggning.

⁴⁴ Dnr 867-2001.

rör ansvarig kommun generellt är ett stort problem eftersom de i första hand drabbar de mest socialt utsatta människorna. /---/ För den enskilde är det av avgörande betydelse att kommuner kan samarbeta och finna lösningar som gagnar hans/hennes situation. Länsstyrelsen anser att en utgångspunkt bör vara att kommuner känner ett moraliskt ansvar för sina invånare – även om de är hemlösa och av olika skäl tillfälligt kliver över kommungränserna”.

I två ärenden har det varit den andra kommunen som gjort en anmälan till länsstyrelsen, eftersom tvisten uppenbarligen inte har kunnat lösas av kommunerna själva,⁴⁵ varav en har berört frågan om handläggningen av anmälan enligt 6 § LVM:

Polisen hade gjort en anmälan enligt 6 § LVM som blev inkomststämplad i kommun A i början av januari 2000. Vid den aktuella tidpunkten var emellertid NN aktuell i kommun B och hade där en pågående öppenvårdsinsats. Den 14 januari meddelade klienten socialtjänsten i kommun B att hon inte ville fortsätta sin öppenvårdsbehandling varvid socialtjänsten samma dag avslutade ärendet. Kommun A överlämnade – personligen – anmälan till den andra kommunen den 17 januari sedan de fått veta att klienten var inskriven i en öppenvårdsbehandling via kommun B. Frågan var vilken kommun som skulle handlägga den inkomna anmälan enligt 6 § LVM. Länsstyrelsen var kritisk mot att kommun B *redan samma dag* som klienten ringde och sade sig vilja upphöra med öppenvårdsbehandlingen, valde att avsluta ärendet. ”Det fanns alla anledning att avvakta en tid, träffa NN och gå igenom situationen samt motivera henne till fortsatta frivilliga behandlingskontakter eller överväga om det fanns skäl att inleda en LVM-utredning”, framhöll länsstyrelsen i sitt beslut.

14.4.10 Södermanlands län

Enskilda tillsynsärenden

I ett tillsynsärende uttalade länsstyrelsen kritik mot att socialnämnden underlåtit att inleda en utredning enligt 7 § LVM.⁴⁶ Bakgrunden var att en person med ett långvarigt alkohol- och narkotikamissbruk den 3 september 2001 blev föremål för ett omedelbart omhändertagande med stöd av 13 § LVM. Beslutet upphävdes se-

⁴⁵ Dnr 2123-00-6329, 2123-00-2789.

⁴⁶ Dnr 701-10444-2001.

dermera av länsrätten då vården enligt socialnämnden ansågs kunna ske på frivillig väg. NN avbröt någon vecka senare den frivilliga placeringen och återföll i missbruk. NN återvände fem veckor senare till behandlingshemmet för att ånyo avbryta behandlingen efter par veckor. I detta läge beslöts om ett nytt omedelbart omhändertagande som fullföljdes med en ansökan om vård enligt 4 § LVM.

Länsstyrelsen ansåg för sin del att nämnden redan före den 3 september hade uppgifter och underlag som gjorde att det fanns skäl att inleda en utredning enligt 7 § LVM. När NN en kort tid efter det att omhändertagandebeslutet hade upphävts av länsrätten och NN återfallit i missbruk, ”borde (det) varit uppenbart för nämnden att det kunde finnas skäl att bereda NN tvångsvård”, framhöll länsstyrelsen i sitt beslut, och i det skedet skulle en utredning enligt 7 § LVM ha inletts.

14.4.11 Uppsala län

Länsstyrelsen konstaterade i en rapport om missbrukarvården i länet (2001) att den parallella ökningen av beslut enligt 13 § LVM och minskningen av ansökningar om vård ”inger viss oro”. Länsstyrelsen befarade att kommunerna skulle vänta alltför länge innan personer med gravt missbruk skulle erhålla adekvata rehabiliteringsinsatser, så att omedelbart omhändertagande därför skulle bli nödvändigt att aktualisera.

14.4.12 Värmlands län

Enskilda tillsynsärenden

Anhöriga till NN kontaktade länsstyrelsen våren 1999 då man ansåg att socialnämnden hade underlåtit att vidta adekvata åtgärder med anledning deras systers långvariga och fortgående missbruk.⁴⁷ NN avled i slutet av samma år. Syskonen uppgav i sin anmälan att de vid flera tillfällen hade varit i kontakt med socialtjänsten utifrån systemns hjälpbehov, men att hon enbart erbjudits frivillig vård trots att det vid ett flertal tillfällen visat sig att hon inte hade förmått fullfölja den frivilliga vården. Syskonen uppgav att man gjort

⁴⁷ Dnr 502-3688-99.

en anmälan härom till socialtjänsten som dock inte hade prövat anmälan i sak.

Länsstyrelsens utredning visade att NN hade haft ett långvarigt missbruk bakom sig och att hon hade genomgått vård- och behandlingsinsatser med stöd av både SoL och LVM. Sista vårdtillfället enligt LVM påbörjades i augusti 1994. Under de sista åren före NN:s död utgjordes insatserna huvudsakligen av uppföljande verksamhet samt stöd- och läkarkontakter. NN:s syskon gjorde vid olika tillfällen anmälan till socialtjänsten, däribland i november 1998. Lst konstaterade att det i dokumentationen inte fanns någon uppgift om att man vidtagit någon åtgärd eller gjort någon bedömning med anledning av anmälan. Ytterligare anmälningar inkom i januari 1999 från polisen och anhöriga, men enligt länsstyrelsen fanns inga uppgifter om att socialtjänsten hade haft kontakt med NN för att bedöma hennes situation med anledning av dessa anmälningar. ”Trots detta gjorde man [socialtjänsten] först bedömningen att öppenvårdskontakt var tillräcklig, för att sedan 9 dagar senare (990129) konstatera att hon var i behov av vård. Enligt dokumentationen dröjer det dessutom ytterligare 14 dagar innan socialtjänsten överhuvudtaget får kontakt med NN. Av dokumentationen eller muntliga uppgifter framgår inte att man sammanträffat med NN innan man bedömt hennes vårdbehov” konstaterade länsstyrelsen.

Länsstyrelsen gjorde bedömningen att socialtjänsten vid upprepade tillfällen hade underlåtit att aktivt följa upp NN:s situation och att göra självständiga bedömningar av NN:s vårdbehov. Det faktum att klienten vid några tillfällen inte ville ha någon kontakt med socialtjänsten undantar dock inte socialtjänsten från detta ansvar, påpekade länsstyrelsen, ”speciellt inte som man hade kännedom om hennes allvarliga missbruksproblem och att man uppenbarligen övervägt behovet av tvångsvård”.

Länsstyrelsen reagerade vidare mot att det vid ett flertal tillfällen när NN varit i kontakt med sjukvården hade socialtjänsten dokumenterat att det inte hade inkommit någon anmälan jml. 6 § LVM:

Av vad som framgår av dokumentationen har socialnämnden vid dessa tillfällen uppenbarligen nöjt sig med detta konstaterande och avstått från att göra en självständig bedömning. Denna underlåtenhet blir särskilt allvarlig då socialtjänsten uppger att man vid varje tillfälle diskuterade med läkare att de måste anmäla om NN var i behov av ett omedelbart ingripande, men samtidigt uppger att man uppfattade att sjukvårdspersonalen var ganska desillusionerade efter många års kontakter med NN. Företrädare för socialnämnden uppger dessutom munt-

ligen att nämndens uppfattning är att LVM-vård aldrig inte (*sic!*) bidragit till något positivt och att syftet med vård måste vara förändring till något mer positivt och inte bara att uppehålla livet i ytterligare sex månader.

Länsstyrelsens samlade bedömning var att socialnämnden allvarligt hade ”brustit i sitt ansvar att aktivt verka för att NN skulle få adekvat hjälp och vård samt vid flera tillfällen underlåtit att självständigt bedöma behovet av vårdinsatser utifrån lagstiftningens intentioner”. Därutöver uppvisade dokumentationen i ärendet stora brister.

14.4.13 Västernorrlands län

I en rapport om boendesituationen för personer med missbruksproblem från 2001 konstaterade länsstyrelsen, att av 1 500 kända klienter var cirka 100 bostadslösa – trots att tillgången på bostäder i länet var (och fortfarande är) god. ”Orsaken till detta uppges främst vara att de kommunala bostadsföretagen inte vill upplåta bostäder till missbrukare, att missbrukarnas problematik blivit svårare och att toleransen mot missbrukare minskat”, sammanfattade länsstyrelsen.⁴⁸

I ett enskilt tillsynsärende granskade länsstyrelsen ett ärende där en person i mitten av november 2001 hade avlidit i sin bostad samtidigt som socialnämnden utredde frågan om lämplig behandling till följd av hans missbruk.⁴⁹ Klienten hade erbjudits behandling vid en institution som drevs i kommunens egen regi, men NN önskade genomgå behandling vid ett helt annat behandlingshem vilket socialnämnden motsatte sig. Länsstyrelsen noterade att handläggaren i sin utredning föreslog behandling ”på hemmaplan”, trots att det gick stick i stäv med klientens egna önskemål (jfr 5 kap. 9 § SoL). ”Länsstyrelsen anser att detta förfaringssätt har fördröjt [NN:s] möjligheter att komma under den vård han var i akut behov av.” Länsstyrelsen gjorde i detta ärende bedömningen att nämndens riktlinjer hade varit styrande vid valet av lämpligt behandlingsalternativ. Av verksamhetsplanen för IoF-verksamheten 2001–2004 framgår, att ”stor återhållsamhet och kostnadsmedvetenhet krävs när det gäller samtliga rörliga kostnader inom individ- och familje-

⁴⁸ Lst Västernorrlands län: *Tak över huvudet? Om boendesituationen för personer med missbruksproblem*, s. 13 (Rapport 2001:4).

⁴⁹ Dnr 701-4496-02.

omsorgen. Alla medarbetare uppmanas minimera kostnaderna så långt det är möjligt. Direktiven för behovsbedömningen innebär att alla alternativa sätt att tillgodose behov skall vara analyserade innan bistånd beviljas. Inga resurser för oförutsedda behov finns”.⁵⁰

I början av september 2001 hade klienten på eget initiativ bett att få bli omhändertagen enligt LVM, men kommunen ansåg att det inte fanns någon anledning att göra ett sådant omhändertagande. Klienten avled omkring mitten av november. Länsstyrelsen framhöll att socialnämnden var skyldig att inleda en utredning enligt § 7 LVM, vilket kommunen hade underlåtit att göra. ”Samhället har en skyldighet att ingripa om missbrukaren befinner sig i en så utsatt situation som lagen anger”, betonade länsstyrelsen och avslutade ärendet med att rikta en allvarlig kritik mot socialnämnden.

14.4.14 Västmanlands län

Länsstyrelsen genomförde under år 2000 verksamhetstillsyn i tre kommuner i länet.⁵¹ Drygt 50 akter granskades, samtidigt som handläggare av missbruksärenden samt ett urval klienter intervjuades. Länsstyrelsen samlade bedömning var att det fanns brister i dokumentationen med avseende på formella beslut om att inleda utredning, oklarheter om utredningens längd, bristfälliga eller obefintliga journalanteckningar osv. I en av kommunerna svarade socialsekreterarna även handläggningen av barn- och ungdomsärenden, vilket enligt länsstyrelsen i praktiken innebar att missbrukshandläggningen kom i andra hand.

En av ovannämnda kommuner blev också i november 2001 föremål för en inspektion från JO:s sida med avseende på Vård- och omsorgsnämndens verksamhet.⁵² JO uppmärksammade då att det i akterna saknades uppgift om att en kontaktman hade utsetts enligt 8 § LVM (jfr JO:s påpekande vid inspektionen av tre stadsdelsnämnder i Stockholm, se avsnitt 14.4.9).

⁵⁰ Sommaren 2003 kompletterades riktlinjerna med att nämnden beslutade att ingen institutionsvård fick besluta med mindre än att socialförvaltningens ekonomichef – tillsammans med IoF-chefen – hade tillstyrkt placeringen och kostnaden härför.

⁵¹ Dnr 502-6663-00, 502-6667-00, 502-6665-00.

⁵² Dnr 4089-2001.

14.4.15 Västra Götalands län

Verksamhets tillsyn

Länsstyrelsen granskade under hösten 2001 och våren 2002 tre kommuners missbrukarvård utifrån deras arbete med unga vuxna (18–30 år) med missbruksproblem.⁵³ Tillsynen genomfördes genom intervjuer av handläggare och chefer inom socialtjänsten och genom granskning av ett urval av akterna. En av de granskade kommunerna var en av stadsdelsförvaltningarna i Göteborg. Länsstyrelsen fann att socialtjänstens handläggning i vissa delar inte motsvarade lagstiftarens intentioner.

I en av kommunerna (I) konstaterade Lst att elva av trettio granskade ärenden inte motsvarade lagstiftningens krav i 5 kap. 9 § SoL och LVM.⁵⁴ I tre av dessa ärenden fann länsstyrelsen att det fanns skäl att rikta allvarlig kritik mot handläggningen. I ett av dessa fall hade kommunen underlåtit att återkalla en begäran om polishandräkning enligt 45 § punkt 2 LVM vilket medförde att en person av polisen blev förd till sjukhuset trots att beslutet om omedelbart omhändertagande enligt LVM hade upphävts. Den inträffade händelsen medförde att länsstyrelsen överlämnade ärendet till Åklagarmyndigheten för åtalsprövning om misstanke om tjänstefel enligt 20 kap. 1 § BrB.⁵⁵

I en annan av de tre kommunerna (II) riktade länsstyrelsen allvarlig kritik mot socialnämnden för bristande handläggning genom att en utredning hade avslutats när den enskilde hade bytt vistelseort, trots att det hade framgått att nämnden gjort bedömningen att den enskilde klienten var i behov av insatser för sitt missbruk.⁵⁶

I två av kommunerna var dokumentationen bristfällig, och ”i vissa fall mycket bristfällig”. Exempel på sådana brister var att beslut om att inleda respektive avsluta utredning saknades, beslut om insats saknades i stor omfattning, utredningar som egna dokument saknades, arbetsplaner fanns endast i ett fåtal ärenden, samt att uppföljning av beviljade insatser och omprövning av beslut saknades. I den tredje kommunen var dokumentationen utan anmärkning, men där fanns å andra sidan andra brister i handläggningen i form av för lång utredningstid.

⁵³ Dnr 701-38183-2002, 701-45065-2001, 701-46051-01. Resultaten har i komprimerad form sammanfattats i länsstyrelsens rapport 2002:36 *Missbruk*.

⁵⁴ Dnr 701-46051-01.

⁵⁵ Dnr 701-27352-02 (anmälan om åtalsprövning 2002-04-24).

⁵⁶ Dnr 701-45065-2001.

I två av kommunerna hade socialtjänsten varit alltför passiv med att överväga och/eller tillämpa LVM:

- Ärenden hade avslutats utan att socialtjänsten övervägt tillämpning av LVM trots förekomsten av omfattande missbruk där personen inte samtyckt till vård. I en av kommunerna (II) hade det endast i åtta av de 35 granskade akterna gjorts en bedömning om LVM var tillämplig. ”När nämnden avslutar en utredning med anledning av att den enskilde inte önskar medverka trots att behov finns anser Länsstyrelsen att nämnden skall överväga möjligheterna till att ansöka om vård enligt LVM. När ett sådant övervägande görs skall detta också antecknas och tillföras akten” (utdrag ur Lst beslut 2002-03-11, dnr 701-45065-2001).
- I två ärenden hade, trots bristande kunskap om klienternas aktuella situation, beslut om omedelbart omhändertagande enligt LVM upphävts med motiveringen att besluten inte hade verkställts.

Länsstyrelsen kunde också konstatera att socialtjänsten i många fall ställde krav på att den enskilde klienten skall vara motiverad för en viss typ av insats. Av aktgranskningen framgår att när 34 § KvaL eller kontraktsvård förekommer beviljar socialtjänsten oftast en månad i taget efter den villkorliga frigivningen ”för att se om den enskilde är motiverad”:

Ett studiebesök på ett behandlingshem har ställts in med anledning av att den enskilde inte har kunnat påvisa två veckors drogfrihet, vilket var kravet från socialtjänsten. Länsstyrelsen anser att det är olämpligt att ställa sådana krav på missbrukare, då särskilt de yngre missbrukarna. Istället borde socialtjänsten ta tillvara på varje försök och önskemål från den enskildes sida att genomgå behandling för sitt missbruk och inte motverka detta genom att ställa krav på den enskilde som kan vara svåra för denne att uppnå. (Utdrag ur Lst beslut 2002-03-11, dnr 701-45065-2001)

Enskilda tillsynsärenden

Länsstyrelsen har granskat ett ärende efter anmälan från en överläkare vid en psykiatriska klinik beträffande bland annat handläggningen av ett ärende vid en av kommunalförvaltningarna i Borås

kommun.⁵⁷ Sjukvården hade i september 1999 inkommit med en anmälan enligt 6 § LVM rörande NN som hade en tung psykiatrisk problematik i förening med missbruk. Socialtjänsten hade inlett en utredning enligt 50 § SoL i början av oktober. Utredningen avslutades drygt en månad senare då NN beviljades bistånd i form av samtalsstöd var 14:e dag. Under den tid som öppenvårdsinsatserna pågick återföll NN i missbruk vid ett flertal tillfällen och var också inlagd på sjukhus vid några tillfällen för avgiftning. Socialtjänsten avslutade ärendet när NN inte infann sig på uppsatt besökstid.

I mars 2000 beviljades NN åter bistånd i form av samtalsstöd, men nu en gång per vecka. ”Länsstyrelsen finner detta förfaringsätt anmärkningsvärt. Kommunalsnämndens skyldighet hade varit att göra en vårdbehovsbedömning om öppenvårdsinsatsen var adekvat eller om NN var i behov av en annan insats. Enligt Länsstyrelsens uppfattning borde det vid den tidpunkten stått klart att hans vårdbehov inte kunde tillgodoses genom öppenvårdsinsatser”, framhöll länsstyrelsen.

Efter en ny LVM-anmälan i maj 2000 beviljades NN vistelse på HVB-hem där han stannade till slutet av augusti. Vederbörande återföll i missbruk samma dag som han lämnade behandlingshemmet. I september gjordes en ny anmälan från sjukvårdens sida på grund av att NN åter var inlagd för avgiftning. Av socialtjänsten erbjöds han återigen öppenvårdsinsatser då NN inte var motiverad till fortsatt vård på behandlingshem. Drygt en månad senare beslöt socialtjänsten om ett omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM. I november förordnade länsrätten att NN skulle beredas vård med stöd av 4 § LVM. Länsstyrelsen ansåg ”det vara lagstridigt att kommunalsnämnden inte ansökte om LVM då den fick kännedom om att den frivilliga insatsen i form av vård på behandlingshem inte tillgodosett NN:s vårdbehov och han inte var motiverad till fortsatt frivillig vård på behandlingshem” (utdrag ur Lst beslut 2000-12-22).

14.4.16 Örebro län

Enskilda tillsynsärenden

Utifrån en anmälan som inkom från en nära anhörig till en ung narkotikamissbrukande man kritiserade länsstyrelsen berörd

⁵⁷ Dnr 502-42261-2000.

nämnd för att denna – trots ett långvarigt och omfattande missbruk hos klienten – i alltför hög grad hade förlitat sig på önskemål och utfästelser från klientens sida som utgångspunkt vid bedömning om frivillig vård var möjlig att genomföra.⁵⁸ Länsstyrelsen noterade vidare, att ”frivillig vård synes inte heller ha kommit till stånd vid den tidpunkt vårdbehovet varit uppenbart, utan vid senare tidpunkt, som [klientens namn] självt bedömt lämplig. Detta belyses av att det beslut om frivillig vård som fattades 1999-09-16, inte blev verkställt förrän 1999-12-03”. Länsstyrelsen ansåg att nämnden mot bakgrund av dessa omständigheter borde ha haft anledning att överväga dels om de insatser som klientens samtycke lämnades till verkligen motsvarade det vård- och behandlingsbehov som verkligen förelåg, dels om rekvisiten enligt 4 § LVM var uppfyllda.

I tillsynsärende (II) riktade länsstyrelsen kritik mot en kommundelsnämnd i Örebro för att inte tillräckligt ha utrett drogmissbruket för att kunna utesluta prövning av vårdbehov enligt LVM.⁵⁹ Klienten, drygt 20 år fyllda, hade varit aktuell hos socialtjänsten sedan hösten 2001. Nämnden inledde en utredning i slutet av juli 2002 enligt 7 § LVM efter det att en nära anhörig till klienten hade gjort en anmälan till nämnden. Utredningen ”lades ned” drygt två veckor senare och efter beslut av berörd enhetschef efter samråd med länsstyrelsen. LVM är inte tillämbart när det gäller missbruk av anabola steroider, och klientens missbruk av alkohol och narkotika ansågs inte vara av den art att LVM kunde tillämpas. NN erbjöds frivillig vård vilket han dock avböjde.

Länsstyrelsen ansåg i sin bedömning att kommundelsnämnden inte tillräckligt hade beaktat att NN utöver anabola steroider också använde droger som klassificeras som narkotika. ”Hela hans livsföring tycks präglad av missbruk i någon form, där preparaten avlöser varandra”, konstaterade länsstyrelsen. Länsstyrelsen menade att klientens livssituation kunde överensstämma med indikationen enligt 4 § punkt 2 (”löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv”). Socialnämnden kritiserades för att ha avslutat utredningen utan att drogmissbruket klarlagts tillräckligt för att utesluta en prövning av vård enligt LVM; exempelvis hade socialtjänsten inte initierat en läkarundersökning enligt 9 § samma lag.

I tillsynsärende (III) kritiserades en annan kommundelsnämnd i Örebro för underlåtenhet att formellt ta ställning till de LVM-anmälningar som inkommit från klientens anhöriga rörande dennes

⁵⁸ Dnr 502-04939-2000.

⁵⁹ Dnr 701-08211-2002.

narkotikamissbruk.⁶⁰ Av dokumentationen i akten kunde inte utläsas att nämnden tagit ställning till att inleda en utredning enligt 7 § LVM vid något av dessa tillfällen. Anmälningarna berördes inte i dokumentationen utöver en notering om att det hade skett en anmälan.

I ett annat tillsynsärende (IV) riktade länsstyrelsen kritik mot en kommundelsnämnd för att man bland annat inte omgående hade börjat handläggningen med anledning av att en person hade sökt om hjälp för sina missbruksproblem.⁶¹ Nämnden motiverade detta med hänvisning till rådande arbets- och personalsituation. Länsstyrelsen konstaterade emellertid, att hög arbetsbelastning aldrig får innebära att den enskildes rättssäkerhet åsidosätts. ”Myndigheten har ansvaret för att se till att organisationen har en sådan utformning och tillräckliga personella resurser för att klara sitt ansvar /---/.”

14.4.17 Östergötlands län

Verksamhetstillsyn

I länsstyrelsens årsrapport för 2002 framgår att narkotikamissbruket har ökat i länet som helhet sedan flera år tillbaka. Medelåldern för personer som omhändertags enligt LVM har blivit lägre. I både Linköping och Norrköping beskrivs missbrukssituationen av ansvariga politiker som ”mycket bekymmersam med en omfattande problematik”.⁶² I Norrköping finns av tradition ett tyngre missbruk jämfört med Linköping och med ett ökat antal unga narkotikamissbrukare, bland annat som använder heroin och Extacy. Utifrån en granskning som länsstyrelsen år 2000 genomförde av missbrukarvården i Söderköping, Åtvidaberg samt vissa distrikt i Linköping och Norrköping, förklarade länsstyrelsen att man såg med oro på denna utveckling ”och det krävs stora insatser, både förebyggande och behandlande, för att minska omfattningen av missbruket samt förhindra att fler börjar använda droger. Arbetet med förebyggande insatser för barn och ungdom måste vara särskilt angeläget”.⁶³

Uppföljningen av 2002 års LVM-ärenden i länet visade en ökning av antalet *ansökningar* om vård efter en tidigare nedåtgående trend.

⁶⁰ Dnr 701-10360-2001.

⁶¹ Dnr 502-05135-2001.

⁶² Lst Östergötlands län: *Missbrukarvården i fyra kommuner*, s. 3 (Rapport 2001:14).

⁶³ *Ibid.*, s. 3.

Linköping stod för merparten av denna ökning jämfört med 2001 (+15 till 25) medan Norrköping i motsvarande grad minskade sina ansökningar (-7 till 15). Övriga kommuner i länet uppvisade endast marginella förändringar. Även antalet utredningar enligt 7 § LVM ökade, och även här Linköping ökat antalet betydligt (+19 till 73) jämfört med tidigare medan Norrköping minskade (-9 till 43). Även bland *ombändertagandebeslut* enligt 13 § svarade Linköping (inklusive polismyndigheten) för en mycket kraftig ökning (+19 till 24), medan Norrköping minskade (-5 till 24).

Anledningen till den kraftiga ökningen av ansökningar i Linköping antas bland annat hänga samman med en förändrad organisation, där myndighetsutövningen inom missbrukarvården har sammanförts i en kommunövergripande enhet. Minskningen i Norrköping kan å andra sidan inte förklaras med en minskning av det tunga missbrukets omfattning.

Vid en granskning av socialnämndens verksamhet i Norrköping som länsstyrelsen genomförde hösten 2003, gjorde länsstyrelsen bedömningen att det i kommunen fanns en ”brist på samsyn i fråga om missbrukarvården i kommunen och som innebär att många inte klarar att uppfylla kriterierna för boende genom Trappan”.⁶⁴ Denna verksamhet ingår i BoendeStöd och Sysselsättningsenheten som ansvarar för de klienter med missbruksproblem som är i behov av vård, boende och sysselsättningsinsatser. Inom ramen för verksamheten finns cirka 90–100 olika former av boendemöjligheter. Vid länsstyrelsens tillsynsbesök påtalade personalgruppen, ”att de kriterier på skötsamhet som missbrukaren ska uppfylla för att åtnjuta en viss boendeform innebär att många inte platsar inom verksamheten utan hamnar utanför systemet. Ca hälften av de missbrukare som Trappan känner till har idag uppenbara svårigheter att uppfylla dessa kriterier. Det finns även personer ute på fältenheterna och som inte blir aktuella för en remiss till Trappan med anledning av ett pågående missbruk”.⁶⁵

Bland länets kommuner finns vidare stora skillnader mellan vem som initierar ärendet. I Linköping och Motala är det betydligt fler anmälningar från polisens sida än vad som är fallet i Norrköping, där de flesta utredningar inleds på socialtjänstens eget initiativ.

Enligt länsstyrelsen är möjligheten för personer med missbruksproblem att få frivillig institutionsbehandling ”delvis begränsad”. I

⁶⁴ Lst Östergötlands län: *Rapport avseende tillsynsbesök inom Socialnämndens verksamhet i Norrköpings kommun under september och oktober 2003*, s. 3.

⁶⁵ *Ibid.*, s. 9.

flertalet kommuner måste öppenvård först ha prövats innan det kan bli aktuellt med en placering på behandlingshem – oavsett den enskildes vårdbehov. Länsstyrelsens bedömning är därför att ”det måste bedömas som tveksamt om vuxna missbrukare får sina vårdbehov tillgodosedda”.⁶⁶ Länsstyrelsens uppfattning är att kommunerna av ekonomiska skäl gör nerdragningar av missbrukarvården.⁶⁷

Länet uppvisar ett minskat antal sjukhusbaserade vårdplatser för abstinensbehandling trots att det faktiska behovet har ökat.

De brister som länsstyrelsen har påtalat vid sin verksamhetstillsyn, och som framkommit vid aktgranskning i kommunerna, är främst brister i handläggning och dokumentation. I såväl ärenden enligt SoL som LVM är barnperspektivet ”så gott som obefintligt”.⁶⁸ Utredningstiderna är enligt länsstyrelsen för långa vilket innebär att kravet på skyndsam handläggning inte uppfylls. ”En LVM-utredning bör i normalfallet kunna färdigställas inom en månad. Sammanställningen visar att så inte är fallet, samtidigt som detta kan variera mellan olika kommuner och även mellan olika enheter/distrikt inom samma kommun”, framhöll länsstyrelsen.⁶⁹ Framför allt en av länets kommuner hade enligt länsstyrelsen ”oacceptabelt långa” utredningstider.

Enskilda tillsynsärenden

De enskilda klagomålsärenden som utredningen har tagit del av rör huvudsakligen åren 2000 och 2001. Ett av dessa hade initierats av en frivilligorganisation.⁷⁰ I det aktuella ärendet hade nämnden inlett utredning enligt 7 § LVM. Utredningen färdigställdes dock inte förrän tre månader efter att utredningen öppnades. Av nämndens utredning framgick att ”läkarintyg jml § 9 LVM har ännu inte kommit socialförvaltningen till del trots påstötningar hos vårdcentralen”, och av journalanteckningarna framgick inte heller hur och när dessa ”påstötningar” hade skett. Länsstyrelsen påminner om att det är nämnden som har utredningsansvaret, och ”om den läkare som genomfört undersökningen inte inkommer med begärt intyg måste nämnden agera med kraft”. Utredningen avslutades då vård-

⁶⁶ Lst Östergötlands län: *Årsrapport 2002*, s. 20 (Rapport 2003:3).

⁶⁷ Lst Östergötlands län: *Tvångsombändertagande enligt LVM år 2002*, s. 5 (Rapport 2003:5).

⁶⁸ Lst Östergötlands län: *Årsrapport 2002*, s. 20 (Rapport 2003:3).

⁶⁹ Lst Östergötlands län: *Tvångsombändertagande enligt LVM år 2002*, s. 6 (Rapport 2003:5).

⁷⁰ Dnr 502-10255-1999.

behovet enligt nämnden kunde tillgodoses på frivillig väg inom socialtjänsten. Enligt vårdplanen, som inte hade godkänts av klienten som hade en utvecklingsstörning, skulle vården inledas med placering i familjehem. Av de journalanteckningar som förts efter det att utredningen avslutades framgår i en notering från mitten av juli 1999 att klientens besök vid familjehemmet blev framflyttat. Därefter finns fram till slutet av april 2000 ingen anteckning som visade att socialtjänsten på något sätt försökte få till stånd några insatser alltmedan klientens missbruk fortsatte enligt tidigare mönster.

I ett annat ärende hade socialnämnden fattat beslut om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM.⁷¹ I samband med omhändertagandet noterades att ”armarna var sönderstuckna och inflammerade”. Den sammanfattande läkarbedömningen var att ”vid fortsatt missbruk utsätter NN sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara varför vård enligt LVM föreslås”.⁷² Länsrätten upphävde dock beslutet med hänvisning till att socialnämnden tillsammans med NN planerade för en öppenvårdskontakt. Länsstyrelsen gjorde bedömningen att då NN vid ett flertal tillfällen tidigare hade avbrutit/inte påbörjat frivilliga insatser förelåg grund för nämnden att ansöka om vård enligt 4 § LVM. Länsstyrelsen ansåg att nämndens agerande i detta ärende hade präglats av ett ”passivt förhållningssätt”.

Det tredje ärendet som här refereras har på eget initiativ initierats av länsstyrelsen mot bakgrund av att klienten avled till följd av en överdos efter det att socialnämnden hade ansökt om vård enligt LVM.⁷³ Bakgrunden var i korthet följande:

NN hade ett mångårigt missbruk och var väl känd av socialtjänsten. I mitten av april 2000 gjorde psykiatrin en anmälan enligt 6 § LVM då NN bedömdes utsätta sig för livsfara genom sitt missbruk. Samma dag öppnade socialtjänsten en utredning enligt 7 § LVM. Samtidigt som NN:s aktuella situation ”kartläggs i utredningssyfte”⁷⁴ fortsatte nämnden att göra försök att motivera honom till frivillig vård. Av kommunens yttrande till länsstyrelsen framgår att socialsekreteraren under hela utredningstiden höll sig underrättad om NN:s tillstånd. ”Informationen värderas kontinuerligt i förhållande till bestämmelserna angående ett omedelbart omhändertagande men dessa överväganden

⁷¹ Dnr 502-10741-1999.

⁷² Det bör här påpekas, vilket länsstyrelsen inte gjorde, att det inte ankommer på läkaren att göra en bedömning huruvida rekvisiten i LVM är uppfyllda för ett tvångsinslag. Denna bedömning gör länsrätten.

⁷³ Dnr 502-2168-2001.

⁷⁴ Socialnämndens uttryck i yttrandet till Lst Östergötland.

kommer aldrig till uttryck skriftligt i akten, förutom vid ett tillfälle.” Den 26 juni (samma år) inkom ett läkarintyg med stöd av 11 § LVM enligt vilket NN på grund av sitt missbruk *inte* bedömdes utsätta sin hälsa för allvarlig fara. I slutet av juli var NN åter inne i en aktiv missbruksperiod. ”Kontakter med NN några dagar därpå styrker moderns påstående och arbetet för att få till stånd vård enligt LVM intensifieras”, konstaterade nämnden i sitt yttrande till länsstyrelsen. Vård på frivillig väg bedömdes inte vara möjligt. Nämnden beslöt den 19 september om ansökan om vård enligt 4 § LVM. NN delgavs utredningen dagen dessförinnan, vilket var socialtjänstens sista sammanträffande med NN innan han avled den 7 oktober.

I sitt yttrande till länsstyrelsen noterade nämnden att utredningen enligt 7 § LVM hade pågått i fem månader, vilket – enligt nämnden – ”får betraktas som en förhållandevis lång tid och är i strikt bemärkelse inte i överensstämmelse med lagstiftningen”. Vidare framhöll socialnämnden följande: ”Det har emellertid under utredningstiden gjorts stora ansträngningar för att motivera NN till vård på frivillig väg. En förutsättning för vård enligt LVM är att vårdbehovet inte skall kunna tillgodoses enligt socialtjänstlagen. Man måste ha gjort försök med att erbjuda frivillig vård som bedömts passa individen och han skall själv ha varit med om att diskutera alternativen innan det kan slås fast att han är omotiverad. Frågan är om dessa försök bör göras inom ramen för en LVM-utredning”.

Länsstyrelsen konstaterade i sitt beslut att det inte är förenligt med LVM att under en utredningstid bedriva ett långvarigt motivationsarbete: ”Om vård i frivilliga former bedöms vara en framkomlig väg skall LVM-utredningen avslutas med hänvisning till detta”. Länsstyrelsen riktade kritik mot kommunen för den långa utredningstiden i detta ärende. Länsstyrelsen var vidare kritisk till att socialtjänsten i journalen inte hade dokumenterat de överväganden om omhändertagande enligt 13 § vilka enligt nämnden hade gjorts.

15 Frågan om vissa besluts överklagbarhet

15.1 Föreståndarbeslut och deras överklagbarhet

Av tabell 15:1 framgår de ärendetyper där föreståndaren vid LVM-hemmet har beslutsbefogenhet, och respektive besluts överklagbarhet.

Tabell 15:1. Beslut i olika ärendetyper enligt LVM vilka är överklagbara resp. icke överklagbara.

Ärendetyp	Överklagbart	Ej överklagbart
Begäran om utskrivning, överflyttning till annat LVM-hem (25 §)	X	
Omhändertagande av otillåten egendom (31 §)		X
Förstöra el försälja omhändertagen egendom (36 §)	X	
Kroppsvisitation och yttlig kroppsbe- siktning (32 §)		X
Blod-, urin-, utandningsprov (32a §)		X
Inskränkning i rätten att föra telefonsamtal och ta emot besök (33a §)	X	
Vård vid låsbar enhet (34 §)		X
Avskildhet (34 §)	X	
Vård i enskildhet (34 §)	X	
Försändelsekontroll (35 §)		X

Beslut som fattats med stöd av LVM är av två slag: dels beslut som avkunnas av allmän förvaltningsdomstol med länsrätt som första instans, dels administrativa beslut som fattas av föreståndaren för LVM-hemmet. Beslutens överklagbarhet skiljer sig åt beroende på vem som har fattat beslutet och vilken typ av ärende som det är frågan om:

Länsrättens beslut om beredande av vård enligt 4 § LVM och fastställande av omedelbart omhändertagande enligt 13 §¹ kan av den enskilde ("av den som beslutet angår") överklagas hos kammarrätten, med Regeringsrätten som sista instans, om beslutet inte har varit till dennes fördel (22 § FL, 33 § FPL). Det finns inget krav om prövningstillstånd i kammarrätten (34 a § FPL) i denna typ av ärende, eftersom ett sådant krav inte uttryckligen föreskrivs i LVM. Däremot är prövningstillstånd ett krav i Regeringsrätten.

Med *föreståndares* beslut under vårdtiden förhåller det sig annorlunda. Vissa av dessa beslut är överklagbara hos länsrätten – se vidare nedan – men sedan den 1 juli 2003 har 44 § tillförts en bestämmelse enligt vilken "prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten". Denna förändring skall ses mot bakgrund av regeringens översyn av förvaltningsprocessen (prop. 1997/98:101), då det genom en lagändring (1998:386) i förvaltningslagen infördes en lagbestämmelse (22 a §) enligt vilken det krävs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätt, såvida det inte av andra lagar eller förordningar uttryckligen föreskrivs något annat.

Möjligheten för den enskilde att överklaga beslut som fattats av föreståndaren för LVM-hemmet är begränsad jämfört med motsvarande beslut enligt LSU. Alla LSU-beslut "av inskränkande karaktär" (prop. 1997/98:96 s. 189) är överklagbara hos länsrätt men prövningstillstånd krävs i kammarrätt. I LVM kan endast vissa uppräknade föreståndarebeslut överklagas (44 § LVM) men samtidigt finns inget krav om prövningstillstånd hos kammarrätten. Länsrätten i Jönköpings län var i sitt remissyttrande över skrivelse från Statens institutionsstyrelse² kritisk mot denna bristande samstämmighet mellan de tre tvångslagarna:

Beslut enligt likalydande bestämmelser behandlas således olika i fråga om överklagbarhet och prövningstillstånd. Länsrätten kan inte finna att detta är sakligt motiverat. I författningskommentar till förslaget till lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård (prop. 1997/98:96 s. 189) anges att den dömde har rätt att överklaga alla beslut av inskränkande karaktär. Enligt länsrättens mening bör detta gälla även personer som får vård med stöd av LVU och LVM. (Yttrande LR Jönköpings län 2002-09-10, dnr. LA 2002-0063)

¹ Däremot är inte socialnämndens eller polismyndighetens beslut om omedelbart omhändertagande överklagbart.

² Skr. *Begreppet vård i avskildhet vid vård i särskilda ungdomshem och LVM-hem. Behov av lagändring med anledning av ett JO-beslut* (dnr 101-565-2002).

Skillnaderna har i förarbetena motiverats med att LVU och LVM är vårdlagar till skillnad från LSU som utgår från ett straffrättsligt påföljdssystem, men i prop. 2002/03:53 uttalas dock att ”skillnaden kan ändå framstå som omotiverad” (s. 101). Regeringen hänvisade i propositionen till den pågående LVM-utredningens uppdrag. ”Med hänsyn härtill finns ingen anledning att i nuläget ge några förslag på detta område” (ibid.). Ett annat skäl mot att låta föreståndarbeslut om avskiljning vara överklagbara framfördes i regeringens lagrådsremiss:³

Ett beslut om avskiljning fattas utifrån en akut situation där det i regel inte finns praktisk möjlighet till en domstolsprövning av en talan för rän efter det att insatsen redan verkställts. Domstols eventuella bifall vid ett överklagande kommer således inte att leda till att den beslutade vården i avskildhet inte verkställs. Utifrån dessa utgångspunkter anser regeringen att SiS tillsynsenhet besitter en högre kompetens för att i efterhand kunna avgöra riktigheten i ett beslut om avskiljning. Denna ordning innebär heller ingen praktisk skillnad för den enskilde i fråga om möjlighet till gottgörelse.

Mot denna argumentering anförde lagrådet att det visserligen är riktigt att avskildheten regelmässigt har upphört när prövning i domstol kan ske, men konstaterade man:

Detta förhållande utesluter dock inte att den intagne kan ha ett berättigat intresse av att få ett beslut om avskildhet prövat av domstol efter det att åtgärden upphört (jfr RÅ 81 2:44 och RÅ 1986 ref. 150). (Utdrag ur Lagrådets yttrande, bilaga 12 i prop. 2002/03:53 s. 204).

I samband med de författningsändringar i LVM som trädde i kraft den 1 juli 2003 kan numera även beslut om avskildhet överklagas i likhet med vad som också är fallet med den nya befogenheten ”vård i enskildhet”.

De föreståndarbeslut som fortfarande inte kan överklagas gäller – som framgår av tabell 15:1 – omhändertagande av alkohol, narkotika, flyktiga läkemedel, injektionssprutor etc. (31 §),⁴ beslut om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning (32 §), beslut om olika typer av provtagning i kontrollsyfte (32 a §), placering på läsbar enhet (34 §), samt försändelsekontroll (35 §).

³ Lagrådsremiss om Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m. (2002-12-19).

⁴ Däremot är förstörande och försäljning av dessa medel överklagbart (44 §).

15.2 Antal beslut som överklagas m.m.

Årigen fattar föreståndaren för LVM-hem ett stort antal inskränkande beslut vid utövandet av särskilda befogenheter (31–36 §). Syftet med dessa befogenheter är att kunna bevara drogfrihet och säkerhet vid institutionen. Dessa tvångsmedel får endast användas i uttalade undantagssituationer, och det är inte tillåtet att använda sig av mera långtgående tvångsåtgärder än vad som är nödvändigt för att genomföra vården i varje enskilt fall. Besluten skall dokumenteras i klientjournal och innehålla bland annat en beslutsmotivering. (I kapitel 6 redovisas LVM-utredningens undersökning om användningen av särskilda befogenheter.)

I tabell 15:2 redovisas antalet inskränkande beslut enligt vissa lagrum mellan 2000 och 2002, men redogörelsen är inte fullständig eftersom uppgifter saknas om omfattningen av beslut enligt 31, 32, 32a, 33a §§ LVM.

Tabell 15:2. Inskränkande beslut enligt vissa lagrum i LVM under åren 2000–2002.

År	Förstöra/försälja omhändertagen egendom (36 §)	Försändelsekontroll (35 §)	Vård i avskildhet (34 §)	Vård vid låsbar enhet (34 §)
2000	344	403	223	2 298
2001	276	516	168	2 289
2002	212	227	197	2 145

Källa: Statens institutionsstyrelse.

Antalet beslut mellan olika institutioner varierar kraftigt, bland annat beroende på vilken klientgrupp som institutionen vänder sig till, men även mellan jämförbara institutioner kan antalet variera. Besluten berör en mycket liten andel av de intagna klienterna, vilket hänger samman med att dessa tvångsmedel enbart får tillgripas i undantagssituationer. Av totalt 1 511 inskrivna klienter under 2000 avskiljdes 128 (8 %) och 65 procent av dessa klienter blev endast föremål för en avskiljning.⁵ Å andra sidan visar LVM-utredningens kartläggning i kapitel 6, att det – tvärtemot vad som stadgas i lagens bestämmelser – i vissa fall förekommer ett slentrianmässigt utövande

⁵ SiS: Årsbok 2001, s. 38.

av kroppsvisitation och kontroll av drogfrihet/nykterhet efter att en grupp av klienter som vistas vid öppen avdelning har genomfört en gemensam resa utanför institutionen och under viss begränsad tid inte har behövt stå under personalens aktiva tillsyn.

Mycket få av föreståndarens beslut om vårdens upphörande och överflyttning till annan institution (25 §) samt utövandet av särskilda befogenheter överklagas hos länsrätten av den enskilde klienten. Under perioden 1998 t.o.m. september 2002 överklagades totalt 12 beslut, av vilka merparten avsåg tvångsvårdens upphörande. Inte i något fall har besvären avsett inskränkning i rätten att föra samtal eller ta emot besök, vilket delvis kan hänga samman med att möjligheten att anföra besvär enligt denna grund infördes i LVM så sent som den 1 juli 2001.

15.3 Möjlighet till ersättning i vissa fall vid felaktigt frihetsberövande i samband med myndighetsutövning

Till följd av ett felaktigt frihetsberövande kan Justitiekanslern (JK) å statens vägnar utge skadestånd enligt lag (1998:714) om ersättning vid frihetsberövande och andra tvångsåtgärder. Enligt 5 § frihetsberövandelagen har den som till följd av beslut vid myndighetsutövning varit berövad friheten rätt till ersättning av staten ”om det står klart att beslutet vilade på felaktiga grunder och därför var oriktigt” (5 §). Av förarbetena till den nuvarande lagstiftningen framgår att ersättningsskyldighet inträder först om en efterhandskontroll klart visar att beslutet med hänsyn till de omständigheter som då har blivit kända inte borde ha fattats om omständigheterna hade varit kända vid beslutstillfället. Det behöver alltså inte ha begåtts något fel när beslutet fattades, vilket innebär att statens ansvar går länge än ansvaret för fel eller försummelse vid myndighetsutövning enligt 3 kap. 2 § skadeståndslagen. Bestämmelsen i 5 § frihetsberövandelagen är enbart avsedd för helt klara fall ”där grunden för åtgärden på ett iögonfallande sätt framstår som felaktig” (prop. 1997/98:105, s. 53). För att bestämmelsen i 5 § skall vara tillämplig krävs vidare att felet som har begåtts gäller någon omständighet som var av avgörande betydelse för frihetsberövandet.

Bedömningen av om frihetsberövandet var befogat sker med utgångspunkt i vad man efteråt känner till (prop. 1997/98:105, s. 3). Exempel på administrativa frihetsberövanden är olika former

av tvångsvård.⁶ Justitiekanslern har sedan 1991 prövat sju ärenden⁷ där klagande har haft skadeståndsanspråk utifrån frihetsberövanden enligt LVM, varvid JK har beslutat att utge skadestånd i tre fall.⁸ Justitiekanslern har i ett nyligen avgjort ärende klargjort att ”enbart den omständigheten att kammarrätten i sin dom gjort en annan bedömning än länsrätten och funnit att förutsättningar inte förelåg för tvångsvård av NN innebär inte i sig att det är uppenbart att frihetsberövandet varit utan grund”.⁹

5 § frihetsberövelagen är emellertid inte tillämpbar vid alla typer av frihetsberövanden som har samband med myndighetsutövning. Av förarbetena till dåvarande lagen (1974:515) om ersättning vid frihetsinskränkning framgår att rätt till ersättning inte föreligger när ett redan pågående frihetsberövande byts ut mot ett strängare frihetsberövande inom ramen för det verkställda beslutet, ”t.ex. när en person som har dömts till fängelse flyttas från öppen till sluten anstalt eller underkastas isolering eller när en intagen vägras s.k. frigång” (prop. 1974:97, s. 88). Beslut av föreståndaren vid LVM-hemmet att utöva särskilda befogenheter är ett exempel på en sådan situation, dvs. när det så att säga sker ett ”frihetsberövande inom frihetsberövandet”. JK har i augusti 2003 avgjort ett ärende där den klagande yrkade ersättning som en följd av att denne under placering på särskilt ungdomshem med stöd av LVU avskildes – med stöd av då gällande 27 § socialtjänstförordningen – och att till följd av omständigheterna i övrigt ansåg sig ha isolerats utan laglig grund.¹⁰ JK framhöll i sitt beslut bland annat, att ”beslutet om avskiljning av NN och hans fortsatta vistelse i de aktuella utrymmena [har] inte i sig utgjort ett sådant beslut om frihetsberövande som med beaktande av den pågående verkställigheten kan berättiga honom till ersättning /---/. Justitiekanslern

⁶ I förarbetena till nuvarande lagstiftning framhåller departementschefen, att ”alla ingrepp till följd av ett beslut vid myndighetsutövning som berövar den enskilde friheten omfattas”, men klargör också att ”paragrafen är inte tillämplig på sådana frihetsinskränkningar som inte utgör frihetsberövande” (prop. 1997/98:105 s. 53). Med *frihetsberövande* avses att någon genom inspärning eller övervakning är faktiskt hindrad att förflytta sig utanför ett rum eller ett annat relativt starkt begränsat område. Med *frihetsinskränkning* avses även mindre ingrepp i den personliga rörelsefriheten, exempelvis reseförbud och anmälningsskyldighet. Frihetsinskränkning är därmed ett vidare begrepp.

⁷ Uppgiften baseras på en sökning som JK-ämbetet har gjort på sökordet ”LVM”. Antalet ärenden som har samband med LVM kan vara fler, eftersom även andra kategoriseringar kan ha gjorts av enskilda ärenden.

⁸ Beslut av JK 1991-11-11 (dnr 2743-91-41), 1996-03-28 (dnr 2801-95-41), 1997-01-31 (dnr 1665-96-41).

⁹ Beslut av JK 2003-05-26, dnr 3122-02-41.

¹⁰ Beslut av JK 2003-08-13, dnr 314-02-41.

avslår redan på grund härav hans begäran om ersättning enligt den bestämmelsen”.

16 Överväganden och förslag

16.1 Det allmännas insatser för missbrukarvården

Bedömning: Erfarenheten visar att det i hög grad är samma klienter som rör sig mellan de olika huvudmännen inom missbrukarvården respektive kriminalvården. Därför måste framtida analyser av samhällets insatser mot narkotika- och alkoholmissbruk utgå från en helhetsbild som innefattar socialtjänstens, SiS:s, kriminalvårdens och hälso- och sjukvårdens verksamheter på området. Regeringen bör närmare låta utreda denna fråga.

Enligt direktiven skall jag analysera hur LVM har kommit att användas och bedöma orsakerna till nedgången av antalet beslut utifrån dagens situation jämfört med tidpunkten för nuvarande LVM:s ikraftträdande år 1989. Av särskilt intresse, framhålls det i direktiven, är socialtjänstens bedömning av klientens vårdbehov, vårdens innehåll och förväntade resultat samt de ekonomiska prioriteringar som ligger bakom valet av vårdform.

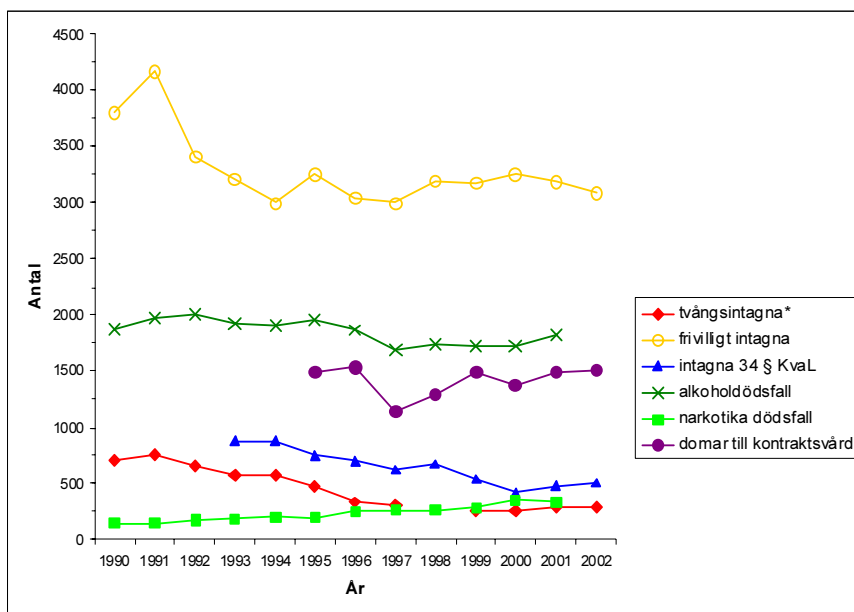
Till en början finns det anledning att erinra om att några av de grundläggande utgångspunkterna för socialtjänstreformen var självbestämmande och frivillighet, bland annat vid vård och behandling vid alkohol- och narkotikamissbruk. Insatser för personer med denna problematik skall således enligt socialtjänstlagen i första hand ske på frivillig basis.

Redan före socialtjänstreformens ikraftträdande hade andelen frivilligt intagna klienter på de allmänna alkoholanstalterna ökat från 12 till 50 procent (Holgersson 1978). Denna utveckling har fortsatt efter socialtjänstlagens ikraftträdande och svarar mot lagstiftarens intentioner. Ansökan om vård enligt LVM skall aktualiseras av socialnämnden endast om vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt och vårdbehovet är av den karaktären att förutsättningar finns för ansökan om vård enligt 4 § LVM.

Som anförts i kapitel 2 kan missbrukarvårdens omfattning och förändring inte enbart bedömas utifrån den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Det är väsentligt att det tas hänsyn också till missbrukarvården inom hälso- och sjukvården och motsvarande insatser inom kriminalvården. Av de aktstudier som utredningen har gjort (se kapitel 14) framgår exempelvis att personer med narkotikamissbruk kan vara föremål för tvångsinsatser såväl enligt LVM, LPT, LRV och verkställighet av påföljd enligt KvaL, som med stöd av frivilliga insatser enligt SoL och HSL.

Det finns idag inte någon övergripande statistik över den totala omfattningen av det allmännas insatser för vård och behandling av personer med missbruksproblem. Att en sådan redovisning skulle vara relevant kan illustreras av figur 16:1. I den ges en översiktlig bild av kriminalvårdens och socialtjänstens vårdinsatser under perioden 1990-2002. I figuren redovisas inte utvecklingen när det gäller ingripanden enligt LPT eller LRV. Det finns också skäl att framhålla att kurvorna varken är helt jämförbara eller fullständiga. Utredningen har inte haft möjlighet att ta fram ett sådant fullständigt underlag. Av den anledningen är det inte möjligt att ge någon exakt bild av utvecklingen. Däremot kan figuren ge en uppfattning om trenderna, men framför allt kan den tjäna som en illustration till behovet av en helhetsredovisning.

Figur 16:1. Antal frivilligt intagna i missbrukarvård respektive intagna enligt LVM en viss dag varje år 1990–2002, totala antalet påbörjade § 34-placeringar, domar till kontraktsvård samt antalet alkohol- och narkotikarelaterade dödsfall under respektive år.



(Se vidare figur 2:1 om vissa definitioner m.m.)

Källor: Kriminalvårdens officiella statistik 2002 (Kriminalvårdsverket), *Missbrukare och övriga vuxna* (Socialstyrelsen 1990–2002), *Dödsorsaker 2001* (Socialstyrelsen/EpC).

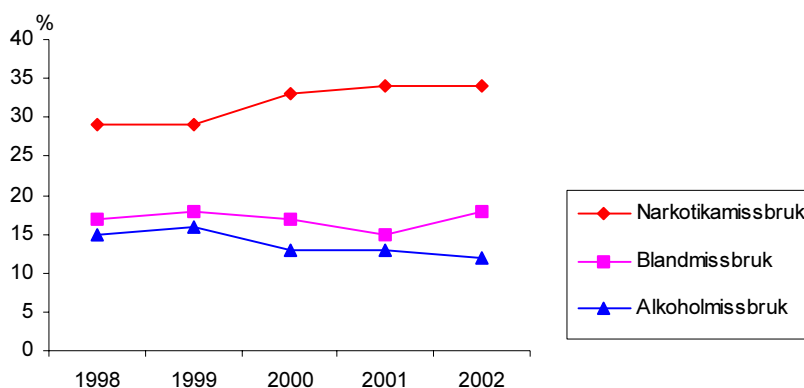
Av figur 16:1 framgår att det totala antalet institutionsplacerade enligt SoL har minskat sedan början av 1990-talet. Mellan åren 1991 och 1997 minskade antalet personer som på grund av missbruk var intagna antingen i LVM-hem eller i frivillig vård. Totala antalet intagna per den 31 december respektive år minskade från 4 900 till 3 300, dvs. 33 procent, varvid antalet kvinnor intagna för vård var i stort sett oförändrat medan antalet män minskade under perioden.¹ Antalet intagna enligt LVM och SoL har sedan år 1997 varit relativt jämnt, dock med vissa smärre fluktuationer. Vidare framgår att antalet placeringar enligt 34 § KvaL har minskat fram till år 2000

¹ Statistik SCB och Socialstyrelsen. Se också Regeringens skrivelse 1997/98:155 *Utvecklingen inom den kommunala sektorn*, s. 68–69.

för att sedan öka något. Antalet domar till kontraktsvård hade år 2002 ökat till samma nivå som år 1997.

Också utvecklingen av fängelsepopulationen som sådan är av intresse i sammanhanget. Antalet intagna per den 1 oktober ökade mellan åren 1998 och 2002 med cirka 24 procent, från drygt 4 100 till 5 100.² Andelen intagna den 1 oktober 2002 med känt missbruk (alkohol och/eller narkotika) var omkring 65 procent. Andelen med narkotikamissbruk har ökat från 46 till 52 procent under samma period. Värt att notera är också att totala antalet nyintagna med gravt narkotikamissbruk ökade med 23 procent, från 3 700 till 4 600.³

Figur 16:2. Intagna med missbruksproblem i kriminalvårdsanstalt i procent av samtliga intagna den 1 oktober under perioden 1998–2002.



Källa: Kriminalvårdens officiella statistik 2002, s. 57.

Detta tyder på att det, totalt sett, har skett en ökning av antalet personer med missbruksproblem som är föremål för frihetsberövande åtgärder från samhällets sida, antingen genom att de verkställer en påföljd eller genom att de är föremål för tvångsvård. Mot denna bakgrund finns det skäl som talar för att kriminalvården från andra huvudmän har fått ett ökat ansvar för det faktiska omhän-

² KVS: *Kriminalvårdens officiella statistik 2002*, s. 61.

³ Ökningen gäller såväl de dömda till korta strafftider som de med längre tider (KVS: *Kriminalvårdens Redovisning Om Drog-situationen 2002*, s. 40; *Kriminalvårdens officiella statistik 2002*, s. 72).

dertagandet av personer med missbruksproblem. Detta måste emellertid analyseras närmare.

Vad som klart framgår är att antalet frivilligt institutionsplacerade har minskat under hela perioden och att antalet LVM-vårdade har minskat fram till år 1997. Denna utveckling bör ses – som också illustreras av figur 16:1 – i ljuset av att den alkohol- och narkotikarelaterade dödligheten samtidigt har ökat; den narkotikarelaterade dödligheten fördubblades under 1990-talet. Enligt Socialstyrelsens statistik över dödsorsaker har denna utveckling fortsatt under år 2000 för att under år 2001 uppvisa en obetydlig minskning (senaste tillgängliga uppgift). Av intresse är också att under perioden 1992–1998 har antalet personer med tungt narkotikamissbruk ökat från 403 till 550 per 100 000 invånare, eller från 15 000 till 26 000 mellan åren 1979 och 1998 (Olsson, Adamsson Wahren & Byqvist 2001). Enligt skattningar som BRÅ nyligen har gjort har antalet därefter (1997–2001) ökat med 14 procent till cirka 28 870.⁴ Det ligger i sakens natur att man inte exakt kan ange antalet personer med injektionsmissbruk, utan dessa uppgifter baseras på skattningar enligt vedertagna vetenskapliga metoder.

När det gäller antalet personer med ett utvecklat missbruk eller beroende av alkohol finns inga exakta uppgifter. I Sverige är livstidsprevalensen för alkoholism, dvs. andelen som någon gång under livet bli alkoholberoende, 10–15 procent för män och 3–6 procent för kvinnor. Olika undersökningar visar att den totala alkoholkonsumtionen, såväl registrerad som oregistrerad, har ökat med cirka 24 procent under perioden 1996–2002 (Leifman 2003), något som är viktigt att uppmärksamma mot bakgrund av det samband som finns mellan alkoholkonsumtion och alkoholmissbruk.

Min slutsats är att framtida analyser av samhällets insatser mot narkotika- och alkoholmissbruk måste utgå från en helhetssyn som också innefattar kriminalvårdens samt hälso- och sjukvårdens insatser. Som nämnts visar erfarenheten att det i hög grad är samma klienter som rör sig mellan de olika huvudmännen inom missbrukarvården respektive kriminalvården. En helhetsbild av dessa förhållanden skulle kunna tjäna som underlag för en bedömning av huruvida det sker en övervältring av såväl ansvar som kostnader mellan olika huvudmän och vårdgivare. Så länge en sådan redovisning saknas är det svårt att dra några bestämda slutsatser, varför jag föreslår att regeringen närmare bör låta utreda denna fråga.

⁴ BRÅ (2003a): *Polisens insatser mot narkotikabrottsligheten. Omfattning, karaktär och effekter*, bilaga 1 om skattning av tungt narkotikamissbruk.

16.2 Särskilt om kommunerna och missbrukarvården

Bedömning: En beräkning av kommunernas samlade nettokostnader för missbrukarvården (under perioden 1998–2002 fastprisberäknat med utgångspunkt i KPI) visar en ökning av de samlade insatserna med cirka 4 procent. En motsvarande beräkning med utgångspunkt i ett nytt omsorgsindex som Socialstyrelsen kommer att använda för att bedöma kommunernas insatser visar däremot en minskning med cirka 4 procent. Oavsett vilket index som används blir slutsatsen att kommunernas samlade insatser inom missbrukarvården har varit otillräckliga med hänsyn till missbrukets omfattning och utveckling.

Av Socialstyrelsens beräkningar framgår att av de öppna insatserna har en ökning skett av bistånd för boende medan övriga öppenvårdsinsatser har minskat. Detta kan tyda på att kommunernas insatser av omsorgskaraktär har skett på bekostnad av behandlingsinsatser inom öppenvården. Underlaget pekar också på att en förändring har ägt rum beträffande vilka som prioriteras av socialtjänsten. I de tre storstäderna och i gruppen större städer tyder exempelvis utredningens egna undersökningar och länsstyrelsernas verksamhetstillsyn på att socialtjänsten väljer att prioritera insatser för unga narkomaner framför personer med långvariga och grava alkoholproblem.

Det finns skäl som talar för att minskningen av vårddygn inom LVM-vården under den första hälften av 1990-talet ledde till att företrädesvis personer med ett långvarigt alkoholmissbruk inte fick sina behandlingsbehov tillgodosedda. Mellan åren 1990 och 1996 minskade andelen ansökningar till länsrätten med alkohol som dominerande missbruksmedel från 69 till 48 procent (1 060 till 341), medan andelen med narkotika ökade från 11 till 32 procent. Därefter har fördelningen mellan olika missbruksmedel i kommunernas LVM-ansökningar varit relativt konstant. Åldersfördelningen visar att intagna med narkotikamissbruk har en betydligt lägre medelålder än de som har alkohol som dominerande missbruk.

Av länsstyrelsernas verksamhetstillsyn framgår att vissa kommuner tycks ha utvecklat en praxis som innebär att socialtjänsten har en avvaktande hållning till att ansöka om vård enligt LVM. En sådan bild har också framkommit i vissa av utredningen framtagna forskningsrapporter. Samtidigt har den enkätundersökning som utredningen gjort inte bekräftat att eko-

nomiska begränsningar har betydelse för valet av vårdform, även om det finns tecken som tyder på att kostnaderna trots allt spelar in. Slutsatsen är att såväl ekonomiska överväganden som förväntningar på vad vården kan leda till är av betydelse för valet av insats.

Enligt 30 § LVM åligger det socialnämnden att verka för att klienten efter vårdtidens slut får ett personligt stöd för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk samt att nämnden aktivt skall verka för att den enskilde får bostad och arbete eller utbildning. En stor andel av de klienter som blir föremål för LVM-vård saknar en fast bostad och är hänvisade till provisoriska och otrygga lösningar för att ha någonstans att bo. Situationen är i många fall densamma vid tidpunkten för utskrivningen från LVM-hemmet. Jag bedömer därför att insatserna efter avslutad LVM-vård måste intensifieras och förstärkas och att planeringen av insatserna måste påbörjas i ett mycket tidigt skede av LVM-vistelsen. I avsnitt 16.6 lämnar jag ett förslag till en sammanhållen vårdkedja både under och efter avslutad LVM-vård.

Som underlag för min bedömning finns dels de underlagsrapporter som olika forskare har utarbetat på uppdrag av utredningen, dels en genomgång av JO:s och länsstyrelsernas beslut i granskningsärenden, dels resultatet av den enkätundersökning som utredningen har låtit genomföra i samtliga kommuner och kommun/stadsdelsförvaltningar samt beräkningar från SCB och rapporter från Socialstyrelsen.

Utredningen har valt att koncentrera sin analys av kostnadsutvecklingen till att avse perioden 1998–2002.

Nettokostnaden för missbrukarvården

Vid en beräkning som SCB har gjort på uppdrag av utredningen framgår att kommunernas kostnader för missbrukarvården (fastprisberäknat med utgångspunkt i KPI) har ökat med 3,6 procent mellan 1998–2002.⁵ Konsumentprisindex (KPI) baseras på en sammanvägning av den allmänna prisutvecklingen beräknad på ett visst sätt. Av tabell 16:1 framgår kostnadsutvecklingen totalt och förde-

⁵ Kommunernas bokslut (räkenskapsammandrag) publiceras årligen i boken *Vad kostar verksamheten i Din kommun*, vilken ges ut gemensamt av SCB och Svenska Kommunförbundet.

lad på institutionsvård, familjehemsvård och öppna insatser beräknad efter denna metod.

Tabell 16:1. Kostnader och förändring i procent för missbrukarvården under perioden 1998–2002. Fastprisberäkning i 1998 års priser uttryckt i miljoner kronor (KPI 2002 = 272,8).

Verksamhet	1998	1999	2000	2001	2002	Förändr. (%) 1998–2002
<i>Missbrukarvård, totalt</i>	3 823	3 656	3 827	3 989	3 961	3,6
Institutionsvård	1 901	1 849	1 970	2 024	1 950	2,5
Familjehemsvård	143	146	137	131	118	- 17,5
Öppna insatser	1 781	1 663	1 719	1 834	1 892	6,2

Källa: SCB, Kommunernas bokslut (RS) åren 1998-2002. Materialet är bearbetat av SCB på uppdrag av utredningen.

När Socialstyrelsen i en kommande rapport (*Lägesrapport Individ- och familjeomsorg 2003*) till regeringen redovisar värdet av kommunernas insatser för missbrukarvården väljer man att istället för KPI utgå från ett nytt index, s.k. omsorgsindex (konsumtionsindex övrig social omsorg). Också detta index räknas fram av SCB men baseras på att den sociala omsorgen är mer löneintensiv och kostnadsutvecklingen för löner därför har fått ett större genomslag i detta index. Beräknat på detta sätt skulle värdet av kommunernas insatser avseende missbrukarvården totalt beräknas ha minskat med 4,3 procent mellan åren 1998 och 2002 (tabell 16:2). En viss reservation får göras för kommunernas siffror avseende år 1998 eftersom redovisningssystemet då lades om. Av rapporten kommer också att framgå att kommunernas samlade kostnader för individ- och familjeomsorgen beräknat enligt omsorgsindex minskade med 5,3 procent.⁶ Av dessa kostnader är det intressant att notera att medan insatserna för missbrukarvården för vuxna totalt har minskat med cirka 4 procent har insatserna för barn- och ungdomsvården totalt ökat med cirka 22 procent.

⁶ IoF utgörs av missbrukarvård för vuxna, barn- och ungdomsvård, övrig vuxenvård (ekonomiskt bistånd).

Tabell 16:2. Kostnader och förändring i procent för missbrukarvården under perioden 1998–2002. Fastprisberäkning i 2002 års priser uttryckt i miljoner kronor.

Verksamhet	1998	1999	2000	2001	2002	Förändr. (%) 1998–2002
Missbrukarvård, totalt	4 151	3 873	3 958	4 117	3 974	- 4,3
Institutionsvård	2 064	1 958	2 038	2 080	1 950	- 5,5
Familjehemsvård	156	154	142	134	118	- 24,4
Öppna insatser	1 934	1 761	1 778	1 903	1 906	- 1,4
<i>Därav:</i>						
- bistånd avser boende	711	660	669	809	802	12,8
- individuellt behovs- prövad vård	633	660	613	590	599	- 5,4
- övriga öppna insatser	590	440	498	504	503	- 14,7

Källa: SCB, Kommunernas bokslut (RS) åren 1998–2002.

Index: SCB:s konsumtionsindex för övrig social omsorg, 2002 års prisnivå.

Anmärkning: Med "kostnad" avses: Bruttokostnad - interna intäkter - försäljning till andra kommuner och landsting.

Av tabell 16:2 framgår att insatserna för institutionsvård åren 1998 och 2002 har varierat mellan cirka 1,950 och 2,1 miljarder kr. Minskningen sedan 1998 beräknas till 5,5 procent.

Om tendensen under tidigare år varit en ökning av öppenvårdsinsatserna och en motsvarande minskning av institutionsvården, kan man av tabellen konstatera att denna trend har brutits i så måtto att även kostnaderna för öppna insatser har minskat under den senaste femårsperioden, låt vara i mycket liten omfattning (-1,4 %). Vad som också är intressant är att det inom ramen för öppna insatser har skett en viss förskjutning från individuellt behovsprövad vård och övriga öppna insatser till bistånd för boende (exempelvis inackorderingshem, härbärge, tränings- och försökslägenheter). Den ökade satsningen i kommunerna på olika typer av boendialternativ är viktig i avvaktan på att permanenta bostadslösningar kan anordnas, eftersom detta kan bidra till att minska utsattheten för många hemlösa med grava missbruksproblem. Sådana insatser är också nödvändiga för att förbättra rehabiliteringsförutsättningarna för dem som skrivs ut från institutions-

vård, något som jag återkommer till i avsnitt 16.6. Men det finns skäl att understyrka att boendeinsatser måste kombineras med behandlingsinsatser när sådana behov finns.

När det gäller frågan om vilken beräkningsmetod, KPI eller omsorgsindex, som bör läggas till grund för analysen av insatser anser jag att Socialstyrelsens omsorgsindex är intressant. Värdet av kommunernas insatser bör ställas i relation till kostnadsutvecklingen inom verksamhetsområdet. Missbrukarvården är till sin natur personalintensiv. Under senare år har kostnaderna för löner ökat mer än övriga kostnader. Om kommunernas satsningar på missbrukarvården inte gör det möjligt för socialtjänsten att möta lönekostnadsutvecklingen, leder detta de facto till en urholkning vårdinsatserna. Omsorgsindex tar hänsyn till denna effekt.

En renodlad kostnadsanalys har dock sina begränsningar genom att kostnaderna inte relateras till volymen insatser. Socialstyrelsen redovisar årligen antalet vård dygn inom olika delar av frivilligvården, medan däremot omfattningen av öppna insatser inte framgår av den officiella statistiken. En relevant jämförelse är därför svår att göra mellan å ena sidan kommunernas nettokostnader för missbrukarvården och å andra sidan volymen insatser.

Oavsett vilket index som väljs, KPI eller konsumtionsindex för övrig social omsorg, blir slutsatsen att insatserna inte är tillräckliga mot bakgrund av missbrukets omfattning, utveckling och den höga drogrelaterade dödligheten.

Intressant att notera är att insatsernas storlek varierar också såväl mellan olika kommungrupper som mellan enskilda kommuner. SCB har på uppdrag av utredningen gjort en fastprisberäkning avseende perioden 1998–2002 i 2002 års priser enligt samma index som Socialstyrelsen har använt sig av, såväl för riket som helhet som för och en av de nio kommungrupperna. Resultatet framgår av tabell 16:3.⁷

⁷ De kommuner som ingår i respektive kommungrupp framgår av bilaga 2.

Tabell 16:3. Kostnader och förändring i procent för missbrukarvården per kommungrupp under perioden 1998–2002. Fastprisberäkning i 2002 års priser uttryckt i miljoner kronor.

Kommungrupp	Förändring (miljoner kr)	Förändring (%) 1998–2002
Storstäder	- 78	- 6,9
Förorter	47	10,6
Större städer	- 213	- 14,8
Medelstora städer	39	8,6
Industrikommuner	1	0,4
Landsbygdskommuner	26	27,4
Glesbygdskommuner	- 2	- 4,2
Övriga större kommuner	- 3	- 1,5
Övriga mindre kommuner	- 8	- 6,7

Källa: SCB, Kommunernas bokslut (RS) åren 1998–2002. Fördelningen av kostnaden per kommungrupp har utarbetats av SCB på uppdrag av LVM-utredningen.

Index: SCB:s konsumtionsindex för övrig social omsorg, 2002 års prisnivå.

Anmärkning: Med "kostnad" avses: Bruttokostnad - interna intäkter - försäljning till andra kommuner och landsting.

Skillnaderna kan till viss del förklaras med att behoven av insatser ser olika ut i kommuner av olika storlek. Utredningens kartläggning och andra undersökningar, till exempel MAX-studien av personer med tungt missbruk (se kapitel 2), eller tabell 16:4 nedan visar att det tunga narkotikamissbruket i hög grad är koncentrerat till de tre storstadslänen.

Också när det gäller LVM-insatserna är variationerna stora mellan kommungrupper av samma storlek. Detta kan illustreras med hur det ser ut i de tre storstäderna (Stockholm, Göteborg och Malmö). Utvecklingen har där sett olika ut sedan år 1996. I Stockholm har antalet personer (per 10 000 invånare) med LVM-insatser stadigt minskat och var år 2002 mindre än hälften jämfört med år 1996. Göteborg och Malmö däremot, uppvisar en motsatt utveckling sedan år 2000, även om det inte går att utläsa en trendmässig förändring under enbart en tvåårsperiod. Stockholm hade år 1996 mer än tre gånger fler insatser per 10 000 invånare jämfört med

Malmö, medan dessa två kommuner år 2002 hade lika många (Stockholm 0,96; Malmö 1,02).

Tabell 16:4. Antal personer med narkotikamissbruk per 100 000 invånare i åldern 15–54 år i Stockholms, Göteborgs och Malmö kommuner.

	1979	1992	1998
Riket	346	403	550
Stockholms stad	781	793	1 026
Göteborgs stad	695	736	739
Malmö stad	942	992	1 080

Källa: Olsson, Adamsson Wahren & Byqvist (2001), s. 27. Uppgifter senare än 1998 saknas för storstäderna.

Mot bakgrund av att omfattningen och utvecklingen av narkotikamissbruket har ökat i storstäderna är det värt att notera att det just för storstäderna och de större städerna tycks som om kostnaderna för missbrukarvården har minskat. Innebörden av detta måste analyseras vidare.

Prioritering av vilka som får institutionsvård

Utredningen skall enligt direktiven undersöka socialtjänstens bedömning av missbrukarens vårdbehov, vårdens innehåll och förväntade resultat samt de ekonomiska prioriteringar som ligger bakom valet av vårdform.

Som framgått av figur 16:1 minskade såväl den frivilliga institutionsvården som tvångsvården med mellan åren 1990 och 1994. Under perioden skedde också en förändring beträffande vilka klienter med missbruksproblem som kommunerna prioriterade för institutionsvård. Minskningen av LVM-vården fortsatte som nämnts tidigare fram till år 1997. Under den perioden minskade framför allt klienter vars dominerande missbruksmedel var alkohol.

Antalet intagna i frivillig institutionsvård minskade med en tredjedel mellan åren 1989 och 1994. Framför allt gällde detta klienter med alkoholmissbruk (-43 %). Minskningen avseende narkotikamissbruk var 29 procent (Socialstyrelsen 1996a, s. 18). De

klienter som prioriterades för institutionsvård var personer med narkotika- och blandmissbruk. Personer med alkoholmissbruk erbjöds i stället i ökad utsträckning omvårdnad ”på hemmaplan” med insatser i skyddat boende och daglig verksamhet. Denna typ av ”harm reduction”-insatser förespråkas av en del praktiker och alkoholforskare med motiveringen att det är viktigare att skapa en kontrollerad social situation än att i alla lägen eftersträva nykterhet och drogfrihet.⁸

Det finns starka indikationer för att den utvecklingen ledde till att en grupp klienter, företrädesvis med långvarigt alkoholmissbruk, inte har fått sina behandlingsbehov tillgodosedda.

Kommunernas uppgift är att tillgodose de behov som finns på utvecklade omsorgs- och behandlingsinsatser samtidigt som det ställs krav på att kommunernas ekonomi skall vara i balans. Detta ställer i sin tur krav både på effektivisering och prioritering, något som kan ske genom att kommunerna i högre utsträckning styr om verksamheten till långsiktiga, förebyggande insatser och att man också utvecklar öppenvårdsinsatser. Tidiga insatser är väsentliga för att motverka såväl skadeverkningar och lidande hos klienten som att motverka behovet av mer kostnadskrävande insatser (till exempel av institutionsvård). I regeringens nationella handlingsplaner för att förebygga alkoholskador (prop. 2000/01:20) och mot narkotika (prop. 2001/02:91) betonades behovet av att stärka just det förebyggande arbetet. Genomförandet på lokal nivå sker nu inom ramen för Mobilisering mot narkotikas (MOB) och Alkoholkommitténs verksamheter.

Länsstyrelsernas verksamhetstillsyn visar att det i vissa kommuner sker en hårdhänt prioritering av vilka personer som de facto beviljas bistånd enligt SoL för institutionsbehandling på grund av missbruk (se kapitel 14 om den länsvisa redovisningen). Här kan hänvisas till Socialstyrelsens sammanställning över länsstyrelsernas tillsyn under 2002. Bland annat framgår följande: Elva länsstyrelser, däribland de tre storstadslänen, anser att det största problemområdet inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården är insatsernas innehåll och de metoder som används. Detta tar sig uttryck i att kommunerna hänvisar klienter till öppenvård trots att behov finns av slutenvård. Två länsstyrelser ser en klar försämring när det gäller klienternas möjligheter att erhålla adekvata insatser (Jämt-

⁸ Alkoholforskaren Lars Lindström framhöll sålunda i en artikel i *Sociologisk forskning* (1993), att ”Omsorg i vid mening syftar på stödinsatser av enklare slag som tar sikte på den behövande personens hela livssituation och sträcker sig över lång tid” (se vidare kapitel 2).

land och Gävleborg). Cirka hälften av länsstyrelserna nämner att kommunerna använder öppenvård som insats även om den enskilde har behov av institutionsvård. Socialstyrelsen kommenterar: "Vården kan vara slentrianmässig, man ger inte insatser efter behov utan snarare efter vad kommunerna kan erbjuda. I en del kommuner saknas öppenvårdsresurser helt. I andra kommuner är det ibland tveksamt om öppenvården kan erbjuda behandlingar som kan svara mot de behov som finns hos de sökande" (Socialstyrelsen 2003a, s. 70).

Dessa slutsatser överensstämmer exempelvis med vad Socialstyrelsen (1998b) tidigare har visat i en studie av utvecklingen i fem kommuner i två norrländska län. Trots likheter i problemtyngd och behov gjorde kommunerna "olika prioriteringar, värderar den formella sidan av missbruksarbetet (och indirekt rättssäkerhetsaspekter) olika, uppvisar avsevärda skillnader i mål och struktur för sitt arbete samt avsätter olika resurser för öppenvårdsalternativ" (s. 27).

Samma bild ges också i en skrivelse (våren 2003) från socialsekreterare i en kommun i Stockholms län vilken riktades till ledningsfunktionen vid socialförvaltningen:

Vi upplever att man försöker få oss att vinkla våra utredningar så att innehållet skall överensstämma med vad som verkar vara på förhand bestämt skall utmytna i en öppenvårdsinsats. Vad är det för mening med att göra en utredning om insatsen redan är bestämd? I vissa fall har handläggaren i samband med sin utredning förordat en viss insats som sedan trots detta har avslagits av "placeringsgruppen". Om klienten då väljer att överklaga har man från ledningens håll på allvar pratat om att i efterhand gå in i utredningar och ändra i texten så det bättre stämmer överens med avslagsbeslutet, då man tycker att det annars "ser illa ut" i Länsrätten. /---/

Klienter får ej sin sak prövad då man från ledningen försöker förhala beslut genom att lämna tillbaka utredningar som förordar en insats som ej är öppenvård, till handläggare med uppmaningen att utreda mera, utan konkret information om vad som fattas i utredningen. Socialsekreterare blir med förskönande omskrivningar uppmuntrade att ej följa socialtjänstlagen som förordar individuell bedömning. Ekonomiska skäl ligger till grund för beslut om insats snarare än individuell bedömning och klientens behov.

Frågan om prioriteringar berörs också i en forskningsrapport som fil dr Mats Ekendahl har utarbetat på uppdrag av utredningen. Studien fokuserar på handläggningen av 19 slumpmässigt utvalda LVM-ärenden vid nio stadsdelsförvaltningar i Stockholms stad under år 2001. Även om studien är begränsad till sin omfattning är

resultatet av intresse. Undersökningen tar också sikte på socialtjänstens prioriteringar inom missbrukarvården som helhet. Generellt menar de intervjuade socialsekreterarna att ekonomin är styrande för valet av insats och att det gäller för dem att finna en lösning på vad socialarbetarna uppfattar vara en "omöjlig praktik". De avvaktar med att initiera LVM-placeringar, även när förutsättningarna och rekvisiten är uppfyllda. Tvångsvård hamnar enligt Ekendahl längst ner i prioriteringen när det gäller klienter med långvarigt alkoholmissbruk, men relativt högt när det gäller unga narkomaner.

Det finns skäl att peka på att den priskänslighet som socialsekreterarna i Ekendahls undersökning ger uttryck för inte överensstämmer med resultatet av den enkätundersökning som utredningen har gjort. I den undersökningen tillfrågades individ- och familjeomsorgen i landets samtliga kommuner och kommundels-/stadsdelsförvaltningar om dygnspriset inom LVM-vården påverkade nyttjandegraden. Den absoluta majoriteten (81 procent) ansåg att priset inte påverkade ansökningsbenägenheten. I öppna svar och kommentarer till enkäten framskymtade dock en modifierad bedömning som indikerade att prisnivån i många kommuner har en betydelse. Detta överensstämmer med en motsvarande enkätundersökning som gjordes av SiS-utredningen (SOU 1998:140).

Mitt samlade intryck är dock att priset ändå har betydelse för valet av vårdform och vårdinsats. Det kan här nämnas att vårdavgiften för en LVM-plats under perioden 1998-2003 har ökat från 1 900 kr till 2 500 kronor per dygn (+32 %). Benägenheten att ansöka om LVM torde också vara avhängig av de förväntningar och erfarenheter som kommunerna har av LVM-vårdens resultat.

I takt med att kraven på kommunerna ökar samtidigt som deras samlade intäkter minskar, är det min övertygelse att avgifternas storlek kommer att ha betydelse för benägenheten att prioritera institutionsinsatser överhuvud taget. Avgörande för kommunens benägenhet att initiera sådana insatser kommer att vara avhängig den kvalitet och därmed legitimitet som institutionsvården kan erbjuda.

16.3 Relationen mellan omedelbara omhändertaganden och ansökan om vård enligt LVM

Bedömning: Antalet ansökningar om LVM-vård minskade kraftigt mellan åren 1991 och 1997. Sedan dess har antalet ansökningar varit relativt konstant. Antalet omedelbara omhändertaganden som inte fullföljts med en vårdansökan enligt LVM har med vissa fluktuationer varit relativt konstant under hela 1990-talet.

Även om antalet omedelbara omhändertaganden således inte har ökat nämnvärt under perioden är det ändå för högt. Av 880 personer som under år 2002 blev föremål för LVM-insatser initierades dessa för 675 personer genom ett omedelbart omhändertagande. Utgångspunkten för vården är att den skall komma till stånd i tid och i första hand på ett planerat sätt. Exempelvis bör klienten förberedas på att socialnämnden kommer att ansöka om vård enligt LVM om han eller hon inte samtycker till frivillig vård enligt SoL. Denna utgångspunkt har sin grund i behandlings- och rättssäkerhetsaspekter och den har också relevans när det gäller effektiviteten såväl i fråga om resultat som kostnader.

Det höga antalet omedelbara omhändertaganden kan tyda på att socialtjänsten inte vidtagit erforderliga insatser i tid utan väntat så länge att akuta ingripanden inte har kunnat undvikas. Det höga antalet omedelbara omhändertaganden kan också tyda på att det finns svårigheter med att bereda klienterna insatser för att bryta ett akut missbruk. Sistnämnda slutsats skulle kunna stödjas av att andelen omedelbara omhändertaganden som inte fullföljs under hela perioden har varit så hög som en tredjedel.

Oavsett vilken slutsats man drar om orsakerna anser jag att det finns ett starkt behov av förstärkta utbildnings- och informationsinsatser inom socialtjänsten i syfte att undanröja eventuella oklarheter när det gäller lagstiftningens innebörd. Om rekvisiten är uppfyllda för en ansökan om vård enligt LVM, skall detta också ske.

I direktiven till utredningen ingår att ”analysera orsakerna till ökningen av såväl antalet omedelbara omhändertaganden som antalet omedelbara omhändertaganden som inte följs upp med ansökan om vård”.

Vid bedömningen av hur omfattningen av omedelbart omhändertagande har utvecklats finns det skäl att skilja på å ena sidan antalet beslut och å andra sidan antalet omhändertagna personer, samt att beakta att Socialstyrelsens officiella statistik tar sikte på förhållanden före länsrättens prövning och således inte talar om i vilken omfattning ansökan har bifallits eller avslagits.⁹

I tabell 16:5 redovisas antalet personer vilka under perioden 1990-2002 har omfattats av LVM-insatser. Insatserna har inbördes kategoriserats utifrån typen av insats och om omedelbara omhändertagandet har fullföljts med en ansökan om vård enligt 4 § LVM eller ej.

Tabell 16:5. Antal personer med insatser enligt LVM före länsrättens prövning.

Insats	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Endast ans. om vård	848	751	678	674	328	340	269	240	232	247	198	203	206
Beslut 13 §	757	864	761	932	1 143	786	688	586	624	646	606	665	675
- 13 § fullföljs ej med ansökan	235	308	246	330	536	254	269	231	228	265	223	216	226
- 13 § fullföljs med ansökan	522	556	515	602	607	532	419	355	396	381	383	449	449
TOTALT	1 605	1 615	1 439	1 606	1 471	1 126	957	826	856	893	804	868	881

Källa: Socialstyrelsen och SCB.

Av tabell 16:5 framgår i likhet med vad som nämnts tidigare i detta kapitel att antalet personer som omfattats av ansökningar om vård minskade fram till år 1997. Därefter har antalet legat på ungefär samma nivå.

Av de personer som blivit omedelbart omhändertagna har socialnämnden valt att inte fullfölja i drygt en tredjedel av fallen under hela perioden (tabell 16:6). Denna andel var densamma både år 1990 och 2002, men den har fluktuerat och var under vissa år högre (exempelvis år 1994: 47 %). Också antalsmässigt var skillnaden obefintlig om man jämför åren 1990 och 2002 (235/226), men mellan dessa jämförelsepunkter har antalet varierat.

⁹ Antalet personer som de facto blir inskrivna på LVM-hem och där inleder sin vård är därmed färre än vad som framgår av Socialstyrelsens officiella statistik. Se vidare kapitel 2.

Tabell 16:6. Andel personer som blivit omedelbart omhändertagna enligt 13 § LVM och där beslutet följs respektive inte följs av en vårdansökan till länsrätten (uttryckt i procent).

Insats	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
13 § fullföljs ej med ansökan	31	36	32	35	47	32	39	39	37	41	37	32	33
13 § fullföljs med ansökan	69	64	68	65	53	68	61	61	63	59	63	68	67

Källa: Socialstyrelsen och SCB.

Om man i stället ställer antalet personer som blir föremål för omedelbara omhändertaganden, men där socialnämnden *inte* har fullföljt med en vårdansökan, till totala antalet personer som aktualiseras för LVM-insatser blir resultatet annorlunda: andelen har då ökat från 15 till 26 procent under perioden 1990–2002. Skälet till detta är att medan antalet personer som enbart har aktualiserats för omedelbart omhändertagande har varit relativt konstant har antalet personer som berörs av LVM-insatser minskat kraftigt (från 1 605 till 881).

Av det anförda framgår alltså att den minskning av det totala antalet ansökningar om vård enligt LVM som ägde rum i början av 1990-talet måste ställas i relation till att antalet omedelbara omhändertaganden varit relativt konstant under perioden. Som en följd av detta har andelen omedelbara omhändertaganden enligt LVM ökat från hälften i början av 1990-talet till tre fjärdedelar i början av 2000-talet. Samma slutsats kan dras när det gäller andelen omedelbara omhändertaganden som inte fullföljs. Inte heller här har antalet sådana omhändertaganden förändrats mellan åren 1990 och 2002. De förändrade andelstalen kan således ses som en följd av den minskning som skett av LVM insatserna totalt sett fram till år 1997.

Även om antalet omedelbara omhändertaganden således i och för sig inte har ökat under perioden är det ändå alltför högt, eftersom utgångspunkten för vården är att den skall komma till stånd i tid och i första hand på ett planerat sätt. Exempelvis bör klienten, om möjligt, i god tid förberedas på att socialnämnden kommer att ansöka om vård enligt LVM om han eller hon inte samtycker till frivillig vård enligt SoL. Denna utgångspunkt har sin grund i både

behandlings- och rättssäkerhetsaspekter och den är relevant också för effektiviteten, såväl när det gäller resultat som kostnader.

En slutsats som kan dras av den höga andelen omedelbara omhändertaganden är att socialtjänsten inte vidtar erforderliga insatser i tid, utan väntar så länge att akuta ingripanden inte kan undvikas. Akuta ingripanden av detta slag behöver inte vara ett resultat av en medveten prioritering; de så att säga prioriterar sig själva.

Det höga antalet omedelbara omhändertaganden kan också vara en följd av att det finns svårigheter med att bereda vård för klienter med behov av att bryta ett akut missbruk. Att det överhuvud taget kan vara svårt att anordna abstinensbehandling återkommer jag till i avsnitt 16.10. Hypotesen att omedelbara omhändertaganden används för att bryta ett akut missbruk för klienter som bedöms kunna klara vård i frivilliga former, skulle kunna stödjas av det faktum att andelen omedelbara omhändertaganden som inte fullföljs under hela perioden har varit så hög som en tredjedel.

Mot bakgrund av sannolikhetsrekvisitet i 13 § första stycket 1 LVM borde en större andel av de fastställda besluten fullföljas med en vårdansökan. Det får inte vara så att omhändertagandeinstitutet används som ett medel att säkra utredningsförfarandet enligt LVM eller som ett medel att övertala den enskilde till frivillig vård eller för att säkerställa att vårdinsatser inom hälso- och sjukvården kommer till stånd.

Oavsett vilken slutsats man drar om orsakerna anser jag att det finns ett starkt behov av förstärkta utbildnings- och informationsinsatser inom socialtjänsten i syfte att undanröja eventuella oklarheter när det gäller lagstiftningens innebörd. Om rekvisiten är uppfyllda för en ansökan om vård enligt LVM, skall detta också ske.

16.4 Vårdens syfte och innehåll

Förslag: Av 3 § LVM skall det klart framgå att syftet med tvångsvården är att genom behövliga insatser motivera till fortsatt vård. Behövliga insatser kan utgöras av motivations- och behandlingsinriktade insatser i vid bemärkelse, men också av åtgärder som tar sikte på klientens behov inom andra områden. Insatserna skall baseras på resultatet av en allsidig utredning av klientens behov och resurser.

Som framgår av kapitel 4 finns det olika uppfattningar om hur syftet i 3 § LVM skall tolkas. På vissa LVM-hem anser man att bestämmelsen inte medger att behandlingsinsatser får ske inom ramen för vistelsen på LVM-hemmet utan att bestämmelsen tar sikte enbart på motivationsinsatser. Att tillhandahålla ett strukturerat vårdinnehåll av hög kvalitet är enligt min mening en nödvändighet och en skyldighet när samhället skall använda sig av ett tvångs-ingripande mot den enskildes samtycke.

En inskränkning av innebörd att det inte skulle vara tillåtet att erbjuda sådana åtgärder som kan bidra till ett gott behandlingsresultat under LVM-vården, har aldrig varit avsikten från lagstiftarens sida. Jag anser därför att denna oklarhet bör undanröjas så att det av lagbestämmelsen tydligt framgår, att syftet med tvångsvården är att genom *behövliga insatser* motivera till fortsatt behandling. I författningskommentaren anges närmar vilka typer av insatser som avses.

16.5 Insatser inom ramen för en sammanhållen vårdkedja

Förslag: Under LVM-vistelsen bör så tidigt som möjligt en överenskommelse träffas mellan LVM-hem och socialnämnd om de insatser som skall vidtas såväl under som efter avslutad LVM-vård. Överenskommelsen skall träffas efter samråd med den enskilde klienten. En bestämmelse med denna innebörd införs i LVM. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att efter en tid, lämpligen tre år, göra en samlad uppföljning.

Utgångspunkter

Som har framgått av kapitel 12 visar erfarenheten att en viktig förutsättning för framgång när det gäller behandlings- och rehabiliteringsinsatser är långsiktighet, uthållighet och planering. Detta förutsätter att insatserna grundas på en ordentlig utredning och bedömning av den enskildes behov och att de integreras i den behandlingsplanering som sker vid LVM-hemmet. I kraven på långsiktighet ligger att de olika huvudmännen och den enskilde så tidigt som möjligt enas om hur insatserna bör se ut och att planeringen redan på detta stadium tar sikte på vad som kommer att behöva

genomföras i samband med att klienten skrivs ut från LVM-hemmet.

I 30 § LVM föreskrivs att socialnämnden aktivt skall verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han eller hon får personligt stöd eller behandling för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk. Som har framgått tidigare finns det i detta avseende brister, trots skyldigheten när det gäller långsiktighet och planering.

Trots den insikt som sålunda finns om betydelsen av insatser från samhällets sida efter avslutad LVM-vård visar många aktuella studier på nedslående resultat. Ett sådant exempel som gäller boende visar att ingen av de undersökta 31 personer från Malmö, Helsingborg och Lund som saknade bostad innan LVM-vården inleddes under år 2000, hade erhållit bostad vid utskrivningstillfället sex månader senare (Yohanes, Angelin, Giertz & Swärd 2002). Fortfarande åtta månader efter utskrivningen, när uppföljningen gjordes, var situationen oförändrad. Likartade förhållanden råder för dem som frigges från kriminalvården (Nilsson 2002). Detta har lett till att kriminalvården utvecklat metoder för att bättre kunna förbereda den intagne för frigivningen.

Om LVM-vården inte efterföljs av eftervårdsinsatser kan detta leda till att både ingripanden och dyra vårdinsatser blir resultatlösa. Det kan t.o.m. leda till negativa effekter (se kapitel 11). Sådana tillkortakommanden kan också leda till att tvångsvårdens legitimitet ifrågasätts. Det är – både för socialtjänsten och den enskilde – ett rimligt krav att tvångsinsatser bara kan vara motiverade om vårdens innehåll och kvalitet kan garanteras. Syftet med LVM-vården är visserligen 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” (3 § LVM), men detta får, som framhållits i kapitel 4, inte innebära att man under tvångsvårdsperioden underlåter att vidta sådana åtgärder som krävs för att bidra till ett gott behandlingsresultat. I avsnitt 16.4 har jag förordat ett klagörande av detta syfte.

För att öka kvaliteten i LVM-vården och eftervården bör det finnas incitament som främjar ökad samordning och långsiktighet. Utgångspunkten måste vara att även insatser efter avslutad vistelse på LVM-hem planeras i ett så tidigt skede som möjligt. Detta förutsätter att det snabbt görs en ordentlig analys av bland annat vilka behov och resurser den enskilde har och vad som krävs för att tillgodose behoven. Vårdplaneringen måste grundas på en utred-

ning som innehåller en sådan analys och målet bör vara att från första dagen av vården planera för utskrivningen av den enskilde.

Utredningen

En inledande utredning behövs dels för att ställa en korrekt diagnos, dels för att fastställa den enskildes behov och resurser. Exempel härpå redovisas i kapitel 4. I olika vetenskapliga studier har framkommit, att många intagna har haft omfattande kontakt med psykiatrin men mycket sällan blivit föremål för en psykiatrisk utredning, eftersom de inte har haft tillräckligt sammanhängande nyktra eller drogfria perioder för att en utredning skulle ha kunnat genomföras. I praktiken är LVM-vistelsen ofta den enda period under vilken det är möjligt att få deras psykiska hälsotillstånd ordentligt utreda.

Lika viktigt som att ställa medicinska diagnoser är det också att analysera den enskildes övriga behov, till exempel utbildning, arbete, bostad, psykosociala insatser och personliga nätverk. Det är viktigt att i detta sammanhang mobilisera den enskildes egna resurser. Ett exempel där denna arbetsmetod tillämpas är LVM-hemmet Fortunagården i Värnamo, där man genom nätverksarbete förbättrar förutsättningarna för en meningsfull vård.

Ett strukturerat utredningsarbete förutsätter en dialog mellan den enskilde och vårdgivarna. Redan den process som inleds genom en sådan utredningsmetod kan i sig vara betydelsefull för det fortsatta behandlingsarbetet. Erfarenheterna från bland annat Runnagårdens LVM-hem i Örebro visar att flertalet klienter är villiga att delta i denna typ av utredning.

Utredningar av nu nämnt slag kan komma att ställa nya krav på kompetensen hos dem som ansvarar för utredningarna. I den mån erforderlig kompetens saknas bör utbildningsinsatser anordnas eller extern kompetens anlitas. Att kvalitetssäkra den del av verksamheten som består i utredningsarbete bör också det vara en uppgift för Socialstyrelsen och/eller SiS.

Mitt förslag är således att utredningsförfarandet struktureras på det sätt som nu har nämnts i syfte att skapa en grund för planeringen av de fortsatta insatserna.

En sammanhållen vårdkedja

Inom socialtjänsten och LVM-vården kommer i dag planeringen av stöd- och behandlingsinsatser till uttryck i dels socialnämndens vårdplan, dels LVM-hemmets behandlingsplan. Dessa planer har delvis olika syften. *Vårdplanen* är en övergripande plan över den vård utom hemmet som socialnämnden anser nödvändig för den enskilde, och denna plan skall enligt 10 § LVM bifogas nämndens utredning. *Behandlingsplanen* skall vara betydligt mer detaljerad än vårdplanen och skall innehålla mål och delmål på lång och kort sikt. Behandlingsplanen skall utformas i nära samarbete med den enskilde klienten och socialtjänstens handläggare.

Det kan ifrågasättas om inte både helhet och långsiktighet skulle underlättas om planering av utredning, behandling och eftervård samordnades. Detta skulle kunna ske exempelvis i form av en skriftlig överenskommelse som upprättas på ett så tidigt stadium som möjligt av vistelsen på LVM-hemmet. En sådan överenskommelse skall, förutom slutsatserna i ovan nämnda utredning, ange vilka behandlingsinsatser som behöver vidtas både under och efter avslutad LVM-vård. Överenskommelsen skall också innehålla en redogörelse för den enskildes behov och resurser. Vidare bör den innehålla en beskrivning av vilka insatser för exempelvis bostad, arbete, utbildning, psykosocialt stöd som kommunen har för avsikt att genomföra.

Jag föreslår därför att en bestämmelse införs i LVM med innebörden att socialnämnden och Statens institutionsstyrelse, efter samråd med den intagne, träffar en överenskommelse med detta innehåll. Oavsett om en sådan överenskommelse ingås eller ej krävs – för att eftervårdsinsatserna skall kunna ge önskvärda resultat – att berörda kommuner aktivt strävar efter att normalisera klientens livsvillkor i syfte att ge förutsättningar för den förändring av klientens liv som eftersträvas enligt LVM.

Mot bakgrund av de brister som framkommit under utredningens arbete beträffande eftervårdsinsatser föreslår jag, att det uppdras åt Socialstyrelsen att efter en tid, lämpligen tre år, göra en utvärdering av hur genomförandet av insatser efter avslutad LVM-vård har fullföljts i praktiken.

16.6 Avgiftsreducering i vissa fall

Förslag: Om socialnämnden och Statens institutionsstyrelse efter samråd med den enskilde – i anslutning till överenskomna åtgärder som ett led i behandlingsplaneringen – har träffat en överenskommelse som också innefattar insatser *efter* avslutad LVM-vård, föreslås att vårdavgiften reduceras under den tid som placering enligt 27 § LVM pågår. Länsstyrelsen bör inom ramen för sin ordinarie verksamhetstillsyn följa hur överenskommelsen om insatser efter avslutad LVM-vistelse har efterlevts.

När det gäller kostnadernas betydelse för en kommuns benägenhet att ansöka om vård enligt LVM ger utredningens kommunenkät en bild som inte är entydig. Å ena sidan anser majoriteten av kommunerna att man i huvudsak är relativt prisokänsliga, å andra sidan nyanseras denna inställning när kommunerna ombeds att närmare kommentera sin uppfattning i denna fråga. Andra undersökningar, till exempel länsstyrelsernas verksamhetstillsyn (se kapitel 14) pekar på att kostnaderna har betydelse för kommunens val av vårdform. Utredningen drar därför slutsatsen att dygnspriset för många kommuner trots allt är *en* av många faktorer som väger tungt när det gäller att avgöra om tvångsvård skall sökas eller ej.

Jag föreslår därför att om socialnämnden och SIS träffar en sådan samlad skriftlig överenskommelse, om kommunens insatser efter avslutad LVM-vård (se avsnitt 16.5), bör kommunen erlagga en lägre vårdavgift under den tid som placering enligt 27 § pågår. Det kan givetvis hävdas att kommunerna redan idag har en skyldighet att vidta åtgärder för eftervården. Skälet till att jag ändå anser det vara motiverat att föreslå en avgiftsreducering är att åtagandet att samråda med SiS om eftervårdens innehåll innebär en ny uppgift för kommunerna. Jag anser också att det är nödvändigt att tillskapa ett verksamt incitament för att höja ambitionsnivån när det gäller insatser efter det att LVM-vården har avslutats.

Enligt min bedömning skulle den föreslagna avgiftsreduceringen vara väl ägnad att både förbättra vårdens innehåll och samtidigt dess legitimitet. Statens kostnader för en sådan avgiftsreducering kan vid olika reduceringsnivåer beräknas uppgå till 110,7 Mkr om avgiftsreduceringen bestäms till 100 procent, 83 Mkr om den bestäms till 75 procent och 55,4 Mkr om den bestäms till 50 procent.

Beräkningen utgår från att under perioden 1998–2002 årligen 545–630 ärenden övergick till vård i annan form enligt 27 § LVM. Under år 2002 uppgick antalet personer intagna för LVM till 629 och för 323 av dessa (51 %) inleddes § 27-placering inom tre månader.

Vid en preliminär uppskattning av statens kostnader har utredningen i nedanstående exempel utgått från att staten svarar för 100 procent av vårdavgiften i samband med § 27-vården, och att *samtliga* klienter som blir föremål för sådan vård påbörjar den inom tre månader samt att den pågår till dess LVM-vården upphör efter maximalt 180 dagar. Detta innebär i förhållande till dagsläget att antalet vårddygn har beräknats i överkant, något som kan vara motiverat med hänsyn till att en betydande subvention kan antas leda till att kommunerna i större utsträckning ansöker om vård när lagens rekvisit härför är uppfyllda.

Den maximala kostnaden för staten uppkommer om *all* § 27-vård fullgörs hos externa vårdgivare, vilket innebär att det utöver ordinarie vårdavgift tillkommer en vårdavgift till SiS motsvarande för närvarande 450 kronor per dygn. Kostnadsberäkningen utgår därför från detta alternativ.

Kostnadsberäkning:

Antal klienter som blir föremål för § 27-placering: 600.

Vårdavgift per klient under tre månader (1 600 kr + 450 kr per dygn x 90) = 184 500 kr.

Total kostnad för 600 klienter per år: 110,7 Mkr.

Med hänsyn till att § 27-vård genomförs inom ramen för LVM-vården som helhet föreslår jag att Statens institutionsstyrelse koordinerar placeringar och ekonomiska transaktioner i samband med klientens placering.

Länsstyrelsen bör inom ramen för sin ordinarie verksamhetstillsyn också följa hur överenskommelsen om insatser efter avslutad LVM-vistelse har efterlevts.

16.7 Utvärdering och resultatuppföljning av LVM-vård och efterföljande insatser

Förslag: SiS bör avsätta medel ur FoU-anslaget för *utvärderingar* av LVM-vården och efterföljande insatser. SiS bör dessutom genom en sekretessbrytande bestämmelse i LVM ges möjlighet att ta del av socialnämndens uppgifter om enskilda klienter efter LVM-vården för sin resultatuppföljning.

I samband med att Statens institutionsstyrelse tillskapades framhölls (prop. 1992/93:61 s. 26), att SiS ”bör (...) ta initiativ till forskning inom området, hålla löpande kontakt med forskningen och forskarna och verka för forskningsresultatens spridning och överföring till praktisk tillämpning. Myndigheten bör inte själv bedriva forskningsverksamhet men följa nationell och internationell forskning. Själva forskningsarbetet bör utföras av universitet och högskolor. I 2 § förordningen (1996:610) med instruktion för Statens institutionsstyrelse förskrivs också att SiS skall svara för ”metodutveckling, forskning och utvecklingsarbete”.¹⁰ SiS bedriver inte egen forskning, utan dess roll är alltså att initiera och finansiera forskning.

Vid SiS finns en särskild enhet som administrerar FoU-verksamheten. Dessutom finns ett vetenskapligt råd med uppgift att biträda i principiella frågor som rör forsknings- och utvecklingsarbete, samt granska och bedöma externa forskningsansökningar som finansieras av SiS. Hanteringen liknar det förfarande som tillämpas vid Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS). Resultat från olika FoU-projekt redovisas kontinuerligt i rapporter som ges ut av myndigheten. Inom myndigheten finns en omfattande databas med uppgifter samlade från samtliga DOK-intervjuer.¹¹ Dessa uppgifter ger en fördjupad kunskap om klienterna, behandlingen och dess effekter och används dels vid uppföljning av enskilda klientärenden och dels som underlag för extern forskning.

Av både kvalitets-, legitimitets- och samhällsekonomiska skäl är det väsentligt att LVM-vården följs upp och utvärderas. I Riksd-

¹⁰ Behovet av forskningsinsatser inom den sociala tvångsvården underströks av IUM-utredningen i betänkandet *Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll* (SOU 1992:18) och i regeringens proposition 1992/93:61 fastslog den nya myndighetens forsknings- och utvecklingsbaserade uppdrag.

¹¹ SiS erbjuder alla intagna att delta i strukturerade DOK-intervjuer vid tre tillfällen; vid inskrivnings- resp. utskrivningstillfället samt sex månader efter avslutad LVM-vård. Resultatet av klientintervjun vid inskrivningstillfället ligger – tillsammans med socialnämndens ansökan om vård och kliniskt utredningsmaterial – till grund för behandlingsplaneringen.

gens revisorers förslag *Med tvång och god vilja – vad gör Statens institutionsstyrelse?* (2002/03:RR9) hävdas, att ”majoriteten av klienterna som skrivs ut från SiS institutioner följs inte upp, och SiS vet inte vad som händer med dem efter institutionsvistelsen” (s. 10). Bortfallet från uppföljningsintervjuerna är stort, och revisorerna efterlyser ”en betydligt bättre uppföljning av resultatet både av vården som helhet och av olika behandlingsinsatser”. Även om Statens institutionsstyrelse i och för sig har en högt ställd ambitionsnivå inom detta område delar jag uppfattningen, att arbetet med uppföljning av enskilda klienter och LVM-vården som helhet bör stärkas. En brist med nuvarande uppföljningsmetod som används vid intervjuer med klienterna efter avslutad LVM-vård är att bortfallet är stort, något som i sin tur givetvis ofta hänger samman med klienternas levnadsvillkor och sociala situation.

Olika tekniker och tillvägagångssätt kan användas i samband med en uppföljning och utvärdering. Dessa begrepp definieras i prop. 1997/98:108 Hälsodata- och vårdregister, och refereras också till i Socialdatautredningens betänkande *Behandling av personuppgifter inom socialtjänsten* (SOU 1999:109). Med *utvärdering* avses enligt prop. 1997/98:108 analys och värdering av kvalitet, effektivitet och resultat hos en verksamhet i förhållande till de mål som bestämts för denna. Utvärdering ställer krav på en vetenskapligt utformad undersökning ”med bästa möjliga design”.¹² *Uppföljning* avser att fortlöpande och regelbundet mäta och beskriva behov, verksamheter och resursåtgång angivet i termer av till exempel behovstäckning, produktivitet och nyckeltal. Uppföljning syftar till att ge en översiktlig bild av verksamhetens utveckling och att fungera som signal för avvikelser som bör beaktas. Statens institutionsstyrelse kan sägas svara för en resultatuppföljning genom att tillämpa DOK-intervjuer.

¹² Det mest optimala är om utvärderingen baseras på en *randomiserad design*, där individerna fördelas slumpmässigt till en experiment- respektive kontrollgrupp (exempelvis tvångsvård eller frivilligvård), varefter man jämför deras effekter. Denna typ av design kan inom tvångsvården enbart göras för att mäta effekterna av olika behandlingsmetoder inom LVM-vården, däremot är denna metod inte möjlig att använda för att mäta effekten av LVM-vård i förhållande till andra insatser av frivillig natur eftersom LVM är en tvingande lag; är lagens rekvisit uppfyllda skall socialnämnden ansöka om vård. Alternativ till denna design är att man i utvärderingen i stället använder sig av en jämförelsegrupp som inte är slumpmässigt fördelad (s.k. kvasiexperimentell studie).

Behovet av utvärdering

Jag delar uppfattningen att det krävs en förstärkning av utvärderingsinsatserna. Riksdagens revisorer föreslog – vilket även socialutskottet ställde sig bakom (bet. 2002/03:SoU13) – att SiS bör svara för denna typ av utvärdering.¹³ Mot denna bakgrund har riksdagen sedermera beslutat om ett tillkännagivande till regeringen med innebörden att ”åtgärder bör (...) vidtas när det gäller SiS möjligheter att inhämta personuppgifter från andra myndigheter i uppföljningssyfte” (bet. 2002/03:SoU13, s. 1, rskr. 2002/03:171). Riksdagens revisorer motiverade sitt förslag med att förutsättningarna att följa upp vårdens resultat skulle förbättras om SiS kunde inhämta uppgifter om individer efter avslutad vård från socialnämnd, vårdgivare som regleras av socialtjänstlagen och andra relevanta myndigheter (exempelvis Kriminalvårdsstyrelsen).

Det är viktigt att det kan genomföras vetenskapliga utvärderingar för att säkerställa att det finns kunskap om LVM-vårdens effekter. Sådana utvärderingar kan naturligtvis genomföras av olika aktörer, förutsatt att dessa besitter erforderlig vetenskaplig kompetens. SiS genomför som nämnts inte *egna* forskningsinsatser, utan dess roll att initiera och finansiera forskningsinsatser som genomförs av forskare vid universitets- eller högskoleinstitution. Särskilda medel som avser utvärdering av LVM-vården och efterföljande insatser finns emellertid inte avsatta. Mot bakgrund av det anförda bör SiS avsätta medel ur FoU-verksamheten för att utvärdera LVM-vården och efterföljande insatser.

En kontinuerlig utvärdering av LVM-vården förutsätter att det finns möjlighet att inhämta registerdata avseende klienter från socialnämnden. Detta kan tillgodoses genom att statliga forskningsmyndigheter, som har erhållit medel från SiS i utvärderingssyfte, får ansöka hos socialnämnderna om att få ta del av sådana uppgifter (12 kap. 6 § SoL).

¹³ Riksdagens revisorer och socialutskottet använder begreppet ”uppföljning”, men av sammanhanget framgår att man avser en vetenskapligt utformad utvärdering.

Behovet av en sekretessbrytande bestämmelse vid resultatuppföljning

Förutom behovet av kontinuerlig och utvecklad utvärdering av LVM-vården anser jag, i likhet med Riksdagens revisorer, att det är viktigt att stärka SiS egen verksamhetsuppföljning. En sådan uppföljning är nödvändig för att kvalitetssäkra verksamheten. Den uppföljning som idag genomförs av SiS utgår från DOK-intervjuer och annan öppen information. I detta ligger – som påtalats ovan – vissa metodproblem. Uppgifter om vilka insatser av olika slag som har vidtagits efter vården kan vara svåra att erhålla – klienten kan vara svår att nå eller kan t.o.m. trots tidigare medgivanden sakna vilja att medverka. Bortfallet är därför stort. Även om jag i och för sig anser att det rimligt att resultatuppföljningen i första hand bör baseras på de öppna källor som finns, anser jag att behovet av en kontinuerlig uppföljning gör att Statens institutionsstyrelse bör få tillgång till viss sekretesskyddad information. Jag föreslår därför att SiS ges möjlighet att ta del av socialnämndens uppgifter om enskilda klienter för att kunna göra en sådan resultatuppföljning, och att det mot den bakgrunden införs en sekretessbrytande bestämmelse i LVM.

16.8 Frågor om omedelbart omhändertagande (13 § LVM)

16.8.1 Befogenhet att besluta om omedelbart omhändertagande

Förslag: Befogenheten att besluta om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM skall ankomma enbart på socialnämnden och länsrätten. Polismyndighetens hittillsvarande befogenhet upphör. Tillämpningen och konsekvenserna av den nya beslutsordningen skall följas upp.

När polismyndighetens befogenhet att besluta om omedelbart omhändertagande upphör bör polisen få en uttrycklig befogenhet att ingripa för att säkerställa att ett beslut om omedelbart omhändertagande kan komma till stånd, eftersom det i vissa fall kan dröja något innan socialnämnden eller dess ordförande kan fatta beslut om omedelbart omhändertagande. En bestämmelse härom införs i polislagen. En polisman får enligt denna bestämmelse – under vissa förutsättningar – ta hand om en person som

kan förväntas bli omhändertagen enligt LVM och överlämna denne till sjukhus.

Enligt LVM har både socialnämnden och polismyndigheten befogenhet att besluta om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM. Bakgrunden härtill är att Socialberedningens uppföljning av tillämpning och praxis av 1981 års LVM visade på tydliga brister i den dittillsvarande ordningen att (utöver länsrätt) enbart låta polismyndigheten ha befogenhet att besluta om omedelbart omhändertagande. Det ansågs inte rimligt att polisen i praktiken skall kunna överpröva socialnämndens bedömning av om det förelåg ett akut vårdbehov. Andelen beslut som har fattats av socialnämnden eller ledamot av nämnden har successivt ökat från 78 till 88 procent under perioden 1990–2002.

Jag anser att det nu finns anledning att renodla beslutsfattandet när det gäller omedelbart omhändertagande och enbart ge socialnämnden befogenhet att fatta ett sådant beslut enligt 13 § LVM. LVM – liksom LVU – är ett komplement till socialtjänstlagen som är det centrala regelverket på det sociala området. Enligt 5 kap. 9 § SoL är det socialnämnden som har ansvaret för att vidta nödvändiga åtgärder i form av vård och behandling i syfte att få en person med alkohol- eller narkotikamissbruk att komma ifrån sitt missbruk. Polisens ansvarsområde däremot omfattar inte sociala frågor, även om polisen i mycket har en viktig funktion att vara de sociala myndigheterna behjälplig för att genomföra åtgärder för vilka det krävs polisens speciella kompetens. Redan av principiella skäl är det därför mindre lämpligt att polisen har befogenhet att besluta i sociala ärenden för vilka socialnämnden har huvudansvaret.

Enligt den nuvarande ordningen är det den myndighet som har fattat beslutet om omedelbart omhändertagande som också är part när underställningsmålet skall behandlas i rätten. Om det är polismyndigheten som har fattat beslutet, är det således polisen och inte socialnämnden som är motpart till den enskilde när underställningsmålet behandlas i länsrätten, trots att det är socialnämnden som ensamt avgör om det skall bli aktuellt att ansöka om beredande av vård enligt 4 §.

Av utredningens kartläggning framgår att samtliga tillfrågade kommuner¹⁴ anser sig ha en tillfredsställande beredskaps- och jourorganisation. Några kommuner påpekar dock att det ändå är bra att

¹⁴ Kartläggningen omfattade företrädesvis kommuner med mindre än 30 000 invånare. Antalet sådana kommuner uppgick till 210 den 31 december 2002.

också polisen har möjlighet att fatta beslut om omedelbart omhändertagande. Beredskapsorganisationen varierar från kommun till kommun. Att nämndens ordförande är jouransvarig är vanligast förekommande, men det är även vanligt att ordföranden är ansvarig under vardagskvällar och att en socialjour inrättas för helger och särskilda evenemang. Ofta består beredskapen i att det finns en lista med namn och telefonnummer hos polis och akutmottagningar. I en del kommuner finns en ständig socialjour och den är då ofta gemensam för flera kommuner. I en mindre kommun är det framför allt polisen som fattar beslut utanför socialtjänstens ordinarie arbetstid. I övrigt är det numera mycket ovanligt att polisen beslutar om omedelbart omhändertagande enligt LVM. Konsekvenserna anses av majoriteten av de tillfrågade kommunerna bli obefintliga eller minimala om polisen skulle mista beslutanderätten. Endast några få kommuner anser att konsekvenserna blir stora, trots att polisen även i dessa fall mycket sällan fattar beslut.

En ny ordning får emellertid inte leda till negativa konsekvenser för den enskilde. Inte heller får den innebära att polisens engagemang att uppmärksamma socialnämnden på behov av insatser avmattas. Detta ställer krav på att socialjour eller socialnämnd alltid finns tillgänglig – även på icke ordinarie arbetstid – och kan ta emot anmälningar från polisens sida om behovet av akuta ingripanden från nämndens sida. Det finns anledning att erinra om att det i LVU enbart är *socialnämnden* som har befogenhet att fatta beslut om omedelbart omhändertagande. Enligt Kommunförbundets expert i utredningen har det inte framkommit något som tyder på att socialnämndens jourssystem *inte* skulle fungera som avsett i akut uppkomna situationer när polisen bedömer att det finns skäl för nämnden att fatta beslut enligt 6 § LVU.

Vid en samlad bedömning anser jag att övervägande skäl talar för att endast socialnämnden skall ha befogenhet att initiera beslut om omedelbart omhändertagande. En sådan ordning skulle för övrigt också ligga i linje med den renodling av polisverksamheten och den förstärkning av dess kärnverksamheter som förordas av Polisverksamhetsutredningen i betänkandet *Polisverksamhet i förändring del 2* (SOU 2002:117).

Även om polisens befogenhet enligt 13 § LVM således skall upphöra måste polisen ha möjlighet att ingripa för att säkerställa att ett beslut av socialnämnden om omedelbart omhändertagande kan komma till stånd. Detta kan möjliggöras genom en ändring i polislagen (PL). Där föreskrivs nu i fråga om tillfälliga omhändertagan-

den (i 12 §) att en *underårig* får tas om hand av polisman om vederbörande anträffas under förhållanden ”som uppenbarligen innebär överhängande och allvarlig risk för hans hälsa eller utveckling”. Polismannen skall skyndsamt se till att den underårige överlämnas till sina föräldrar eller någon annan vårdnadshavare eller till socialnämnden. Om en *vuxen* med missbruksproblem anträffas av en polisman får denne (enligt 11 §) omhändertaga vederbörande om polismannen gör bedömningen att det finns anledning att polismyndigheten kommer att besluta om omhändertagande med stöd av en särskild föreskrift, i det fallet 13 § LVM (11 § PL). En sådan åtgärd kan bli aktuell om den enskilde exempelvis vägrar att bli förd till sjukhus, eftersom polisen inte får vidta denna typ av åtgärd mot den enskildes vilja.

I kommuner med en socialjour utanför ordinarie arbetstid är det troligt att polisen alltid kan komma i kontakt med socialtjänsten när så behövs. Men även om så är fallet kan situationen bli så akut att nämndens beslut ändå inte kan avvaktas på grund av att det finns en överhängande och allvarlig risk för att personen kommer till skada.

Jag föreslår därför att polisen i ett sådant läge skall kunna omhänderta personen för att föra denne till närmaste sjukhus för medicinsk bedömning. En bestämmelse härom bör införas i PL och utformas med 12 § PL som förebild. Bestämmelsen skall göra det möjligt för en polisman att ta hand om en person som kan förväntas bli omhändertagen enligt LVM och överlämna denne till sjukhus. En förutsättning för denna befogenhet skall vara att det finns skälig anledning anta att den enskilde skall omhändertas enligt LVM. Vidare skall ett beslut om omhändertagande inte kunna avvaktas med hänsyn till att det föreligger en överhängande och allvarlig risk för att den enskilde kommer till skada.

Det är väsentligt att den nu föreslagna ordningen följs upp efter någon tid och att det då analyseras vilka konsekvenser som den nya ordningen har medfört för polisen, kommunerna och enskilda.

16.8.2 Upphävande av beslut om omhändertagande

Förslag: Socialnämnden skall alltid ha skyldighet att upphäva ett beslut om omedelbart omhändertagande om det inte längre finns skäl för omhändertagandet. En sådan skyldighet skall finnas även om länsrätten har beslutat att omhändertagandet skall bestå.

Enligt 17 § andra stycket LVM skall länsrätten vid sin prövning av det underställda omhändertagandebeslutet *genast* upphäva detta om det inte finns skäl för omhändertagandet, och detta skall ske oberoende av om beslutet är verkställt eller inte (se JO 1991/92 s. 270). Andra skäl för att häva beslutet är att socialnämnden inte inom föreskriven tid (en vecka) har kommit in med en ansökan om vård (18 § första stycket). Länsrätten skall enligt 18 § också häva beslutet om det framkommit omständigheter i övrigt som gör ”att det inte längre finns skäl för omhändertagande”. Däremot berörs inte i lagen eller dess förarbeten frågan om den myndighet som har fattat ett omhändertagandebeslut också har rätt att upphäva sitt eget beslut *före* länsrättens prövning i en situation när det inte längre finns skäl för ett omhändertagande. Det kan således anses något oklart vilken myndighet som ”förfogar” över omhändertagandebeslut i vissa faser, något som också bekräftas av den bild som förmedlats till utredningen i samband med besök hos nio länsrätter. När klienten har blivit inskriven på LVM-hem, och beslutet enligt 13 § LVM är verkställt, kolliderar LVM-föreståndarens utskrivningsrätt (25 § LVM) med socialnämndens övergripande vårdansvar och befogenhet att avgöra om ansökan om vård skall ske. Även om en sådan situation inte är ovanlig är det sällan som frågan ställs på sin spets genom att LVM-föreståndaren skulle vägra utskrivning till dess länsrätten har prövat det underställda beslutet. Icke desto mindre synes föreståndaren ha denna beslutsbefogenhet.

För att undanröja eventuella missförstånd föreslår jag att det av lagen uttryckligen skall framgå att den beslutande myndigheten skall kunna upphäva sitt eget beslut enligt 13 § oberoende av när detta beslut har fattats eller om länsrätten redan har fastställt omhändertagandebeslutet. Genom att myndigheten själv har befogenhet att häva sitt eget beslut bör detta säkerställa att LVM-hemmet omgående informeras om beslutet och den intagne skrivs ut utan

onödig tidsutdräkt (jfr 24 kap. 20 § andra stycket RB beträffande häktningsbeslut).

16.8.3 Tidsfrist vid underställning av beslut till länsrätten om omedelbart omhändertagande

Förslag: Underställning av beslut om omedelbart omhändertagande skall ske utan dröjsmål och senast kl. 12.00 första dagen efter beslutet om omhändertagande. Vidare skall beslutet upphöra att gälla om underställningen inte har kommit in i tid. Underställningen kan ske både skriftligen och muntligen. I första hand skall underställning ske skriftligen, men det muntliga förfarandet är en garanti för att inte tekniska problem med exempelvis en telefaxöverföring skall få till följd att omhändertagandet upphör.

Om en ansökan om vård enligt LVM inte inkommer till länsrätten i rätt tid, föreslår jag att omhändertagandet, i likhet med vad som gäller enligt LVU, automatiskt skall upphöra.

Enligt 15 § LVM skall myndighetens beslut om omedelbart omhändertagande *genast* underställas länsrätten, vilket enligt uttalanden i förarbetena innebär att underställningen skall ske i mycket nära anslutning till att omhändertagandebeslutet har fattats och dokumenterats. JO har betonat att reglerna i 15 § LVM om underställning av beslut ”utgör betydelsefulla garantier för rättssäkerheten i förfarandet” (JO 1993/94 s. 292). Innebörden av JO:s uttalande är att socialnämndens och polismyndighetens beslut om omedelbart omhändertagande regelmässigt skall lämnas in till länsrätten samma dag som beslutet har fattats eller senast påföljande dag.

Utredningen har övervägt *om* och i så fall *hur* nuvarande regler om underställning bör förändras för att stärka den enskildes rättssäkerhet. Framför allt är det två frågor som har diskuterats inom utredningen:

- Bör det införas en exakt tidsgräns inom vilken underställning skall ske till länsrätten och att beslutet skall upphöra att gälla om beslutet inte underställts inom denna tid.

- Bör det vara möjligt att göra en muntlig underställning i avvaktan på att myndigheten har tillställt länsrätten handlingarna i ärendet?

Det finns uppenbara fördelar med att i lag ange en exakt tidsgräns, eftersom det därmed blir helt klart när en underställning senast skall ske. Det kan naturligtvis hävdas att de nämnda förarbetsutskottens uttalandena om innebörden av uttrycket ”genast” borde vara tillräckliga för att undanröja eventuell tvekan om att underställning skall ske omgående. Icke desto mindre kan det konstateras att utredningens undersökning visar att 7 procent av omhändertagandebesluten år 2000 underställdes först 4–10 dagar efter det att beslutat hade fattats. Detta är otillfredsställande ur rättssäkerhetssynpunkt, eftersom det kan ha inneburit att enskilda har suttit frihetsberövade för länge. Det finns skäl att förmoda att ett tydligt klargörande av tidsgränsen i lagtexten i förening med att beslutet upphävs om det inte har underställts i rätt tid, kommer minimera antalet underställningar som inte inkommer inom föreskriven tid. Här kan nämnas att det i 7 § LVU finns en sådan tidsfrist (en vecka).

En ordning med en exakt preciserad tidsgräns i lagbestämmelsen och där beslutet upphävs om underställningen inte inkommit i tid kan emellertid också innebära problem. En snäv tidsgräns, som JO förespråkar, ökar risken för att, till exempel på grund av tekniska problem med telefaxöverföring, en underställning inte kommer fram i tid med följd att omhändertagandebeslutet upphävs. En yttersta konsekvens av detta kan bli att en enskild som är i stort behov av akut vård måste skrivas ut från LVM-hemmet enbart på grund av ett tekniskt problem i samband med vidarebefordrandet av underställningen.

Eftersom sista dagen för underställning kommer att infalla på en arbetsdag bör socialtjänsten alltid genom motringning kontrollera att underställningen har kommit länsrätten till handa via fax eller sedvanlig postgång. Enligt förvaltningslagen (1986:223) gäller för övrigt fr.o.m. den 1 juli 2003 (5 §) att myndigheterna skall se till att det är möjligt för enskilda att kontakta dem med hjälp av telefax och elektronisk post och att svar kan lämnas på samma sätt. I förarbetena till bestämmelsen sägs att detta redan tidigare har gällt som god förvaltningspraxis och vidare angavs att en hänvisning bör göras inte bara till e-post utan även till fax (prop. 2002/03:62 s. 11). Detta utgör i praktiken ett bekräftande av en kontaktmöjlighet som redan i dag existerar hos myndigheterna. Även om förvalt-

ningslagens bestämmelse i denna del inte primärt tar sikte på förhållandet gentemot andra myndigheter ställer den ändå krav på myndigheterna att ha en väl fungerande teknisk utrustning, något som är till gagn också för kommunikationen myndigheter emellan.

För att kunna hantera situationer där det vid en överföring via telefax trots allt visar sig att en underställning inte kommit fram till länsrätten har det ifrågasatts om det inte bör införas en möjlighet för socialnämnden att, som en interimistisk åtgärd, få möjlighet att då göra en muntlig underställning. Jag föreslår därför att underställning som huvudregel skall ske skriftligen men får även göras muntligen för att säkerställa att tekniska problem, till exempel vid telefaxöverföring, inte får till följd att omhändertagandet upphör. Den muntliga underställningen får endast tillgripas som en nödlösning. Om det har skett en muntlig underställning skall handlingarna i ärendet tillställas länsrätten så snart det kan ske.

Sammanfattningsvis föreslår jag således att det i 15 § LVM anges en exakt tidsfrist inom vilken underställning skall ske. Bestämmelsen kan lämpligen utformas med utgångspunkt i bestämmelsen i 24 kap. 12 § RB om när en häktningframställning skall göras till tingsrätten. Underställning föreslås ske senast kl. 12.00 första dagen efter att beslut om omedelbart omhändertagande har fattats. Hur bestämmelsen skall tillämpas utvecklas i mitt förslag till författningskommentar.

I detta sammanhang vill jag också peka på en omotiverad skillnad mellan LVU och LVM. Enligt 9 § första stycket 1 LVU upphör ett omedelbart omhändertagande enligt nämnda lag om en ansökan om vård inte har gjorts i rätt tid, medan det i motsvarande regel i LVM krävs ett särskilt beslut av länsrätten för att omhändertagandet skall upphöra (jfr 18 § LVM). Någon grund för denna skillnad synes inte föreligga. Om en ansökan om vård enligt LVM inte inkommer i rätt tid, föreslår jag att omhändertagandet, i likhet med vad som gäller enligt LVU, automatiskt skall upphöra. Domstolens hantering i dessa fall blir därmed densamma som den som gäller enligt LVU. Domstolen måste naturligtvis omedelbart underrätta LVM-hemmet om att någon ansökan inte inkommit varvid omhändertagandet upphör att gälla.

16.9 Kvarhållningsrätt på sjukhus m.m.

16.9.1 Skyldighet att hindra patient att lämna sjukhus

Förslag: När en klient inleder LVM-vården på sjukhus föreslås verksamhetschefen ha en skyldighet att vidta åtgärder för att hindra personen att lämna sjukhuset. Klienten skall kvarhållas i avvaktan på att denne kan överföras till LVM-hemmet. I likhet med i dag får behandlingsinsatser inte vidtas mot patientens vilja.

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. Bakgrunden till bestämmelsen är att klienten vid omhändertagandet ofta bedöms vara i dålig fysisk och psykisk kondition till följd av omfattande missbruk som pågått under en längre period. Av 24 § tredje stycket framgår att verksamhetschefen får besluta att patienten skall hindras att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att vederbörande kan föras över till ett LVM-hem. I propositionen klargörs att kvarhållningsrätten bör gälla "under kortast möjliga tid" (prop. 1987/88:147, s. 103).

Lokutionen *får besluta* har medfört skiftande tillämpning inom hälso- och sjukvården: en del 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). Landstingens och de olika sjukvårdsinrättningarnas varierande tillämpning av lagbestämmelsen om kvarhållningsrätt i 24 § tredje stycket LVM är otillfredsställande, eftersom den kan försvåra verkställigheten av en länsrättsdom eller ett beslut om omedelbart omhändertagande. Som departementschefen framhöll i förarbetena "är det självklart att den som efter domstolsprövning ansetts behöva LVM-vård också måste få sådan vård" (prop. 1987/88:147 s. 83). Det måste alltså finnas garantier för att den beslutade LVM-vården verkligen kan genomföras. Detta kan också ses som ett väsentligt rättsskydd för patienten, eftersom dennes vilja att avbryta en påbörjad abstinensbehandling inte så sällan är ett uttryck för den latent ambivalens som kan finnas hos den enskilde. Motivationen är inte statisk utan kan ändras över tid, och detta gäller naturligtvis inte minst i inledningen av en behandlingsperiod innan läget har stabiliserats för klienten.

I dagsläget är det många sjukhusinrättningar som tillämpar regelverket och kvarhåller patienten till dess det kan ske en betryggande överföring av klienten till LVM-institutionen. Beroendevården vid Ryhovs sjukhus i Jönköping är ett exempel på en sådan verksamhet. Samtidigt finns det exempel på andra sjukhus där personalen inte vidtar några aktiva åtgärder för att hålla kvar patienten utan snarare tillämpar ”den öppna dörrens princip” med följd att patienten avviker innan polishandräckning har kunnat verkställas.

Utformningen av 24 § tredje stycket (andra meningen) är till sin konstruktion fakultativ. Det föreligger dock ett starkt samhälls- och patientintresse av att patienten inte ges möjlighet att avvika. I den absoluta majoriteten av alla fall torde det inte vara svårt för personalen att förklara för patienten varför denne måste stanna kvar på sjukhus. Erfarenheterna från exempelvis Ryhovs sjukhus tyder på detta.

Mot denna bakgrund föreslår jag därför att verksamhetschefen alltid *skall* vidta åtgärder för att hindra en enskild patient som vill lämna sjukhuset. Patienten skall kvarhållas i avvaktan på att de praktiska arrangemangen kring återföring till LVM-institution kan verkställas.

16.9.2 Klargörande av vad som avses med ”den sjukhusenhet där missbrukaren vårdas”

<p>Förslag: I 24 § LVM klargörs att verksamhetschefens skyldighet enligt bestämmelsen inträder så snart vårdtagaren har förts till en sjukhusenhet.</p>
--

Som nämnts tidigare skall LVM-vården inledas på sjukhus om det behövs. Verksamhetschefen för den sjukhusenhet ”där missbrukaren vårdas” har enligt 24 § tredje stycket LVM en underrättelseskyldighet gentemot socialnämnden eller föreståndaren för LVM-hemmet om klienten önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset. JO har framhållit (JO 1993/94 s. 299) att detta begrepp kan tolkas på olika sätt när det gäller innebörden av ordet ”vårdas”. Verksamhetschefens underrättelseskyldighet till socialnämnden och föreståndaren för LVM-hemmet är beroende av om begreppet ”vårdas” förutsätter att det har skett ett intagningsbeslut av patienten för slutenvård eller om det räcker med att patienten har förts till sjukhus efter beslut om LVM-vård.

Det är enligt min mening inte förenligt med det bakomliggande syftet med bestämmelserna om underrättelseskyldighet och kvarhållningsrätt att patienten fritt kan lämna sjukhuset utan föregående åtgärd från personalens sida enbart av det skälet att patienten ännu inte har blivit föremål för ett formellt beslut om intagning för sjukhusvård. JO uttalar i ovan nämnda ärende att ”den tolkning som nu getts åt stadgandet bl.a. av Socialstyrelsen kan leda till en olycklig lagtillämpning” och bestämmelsens utformning lämnar enligt JO öppet för olika tolkningar.

Mot denna bakgrund är det därför väsentligt att det i lagtexten klart och tydligt framgår när förutsättningen för verksamhetschefens underrättelseskyldighet och därmed kvarhållningsrätt föreligger.

16.10 Om sjukhusvård som inledning av LVM-vården

Förslag: Hälso- och sjukvården skall tillhandahålla inledande medicinsk bedömning och sjukhusvård när så är nödvändigt. Statens institutionsstyrelse kan svara för uppgiften i de fall hälso- och sjukvården inte kan fullgöra sin uppgift. Kostnadsansvar och andra frågor i samband därmed bör i första hand få sin lösning i samförstånd mellan Statens institutionsstyrelse och landstingen. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att följa utvecklingen, särskilt med avseende på omfattning och kvalitet av insatserna.

LVM-vården skall inledas på sjukhus ”om förutsättningarna för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt” (24 § första stycket LVM). I den inledande fasen är sjukhusvård oftast liktydigt med abstinensbehandling (”avgiftning”). Abstinenssymtom kräver specialiserad vård.

Av de drygt 1 000 klienter som blev intagna på LVM-hem under år 2002 var det dock bara 328 (32,5 %) som inledde LVM-vistelsen med sjukhusvård, vilket är en betydligt lägre andel jämfört med första året efter nuvarande LVM:s ikraftträdande år 1989 (48 %). LVM-utredningen genomförde vecka 41/2003 (6–12 oktober 2003) en tvärsnittsräkning av samtliga klienter som under denna vecka var inskrivna vid LVM-hemmen.¹⁵ Ett stort antal av de klienter som

¹⁵ Med inskrivna inkluderas även klienter som avvikit (”rymt”) eller som var § 27-placerade.

denna vecka var inskrivna på LVM-hemmen blev intagna utan att ha genomgått någon sjukhusbaserad abstinensbehandling (tabell 16.7).

Tabell 16.7. Antal klienter som under vecka 41/2003 har inlett LVM-vården med sjukhusvård i form av abstinensbehandling eller som har genomgått sådant behandling på LVM-hemmet m.m.

<i>Kategori</i>	<i>Antal</i>
Antal som inlett LVM-vården med sjukhusvård i form av abstinensbehandling ("avgiftning").	119
Antal som före intagning på LVM-hemmet har varit föremål för medicinsk bedömning på sjukhus, men som inte har blivit inlagda.	66
Antal som tagits in på LVM-hemmet utan föregående abstinensbehandling eller medicinsk bedömning på sjukhus.	139
Antal klienter som har genomgått abstinensbehandling på LVM-hemmet.	185

I förarbetena till LVM förutsågs att LVM-hemmen alltid måste kunna utföra viss hälso- och sjukvårdsverksamhet, eftersom det – alldeles oavsett landstingens möjlighet att ta emot vederbörande i ett akut skede – kan finnas klienter som inte vill genomgå abstinensbehandling på sjukhus. Den enskilde kan i en sådan situation inte mot sin vilja transporteras till sjukhus för abstinensbehandling. Inom Statens institutionsstyrelse måste det alltid finnas en beredskap för att ta emot sistnämnda klienter.

Det har dock aldrig varit lagstiftarens intention att LVM-hemmen mer eller mindre regelmässigt skall behöva överta en uppgift som åvilar landstinget. Tvärtom måste det vara en självklar utgångspunkt att landstinget tillhandahåller medicinsk bedömning och abstinensbehandling liksom annan medicinsk behandling. Det är uppenbart att många landsting i praktiken inte lever upp till det åtagande som de har för att erbjuda abstinens- och avgiftningsbehandling. I den gemensamma kartläggning av avgiftningsbehov och platser som Socialstyrelsen och Mobilisering mot narkotika genomförde våren 2003 visade enkätsvaren att 87 procent av kommunerna anser att det råder en brist på avgiftningsplatser.

Under de senaste fem åren (1998–2002) har årligen cirka 1 000 personer blivit intagna på LVM-hem, varvid andelen omedelbart omhändertagna som nämnts tidigare har pendlat mellan 73 och

79 procent. Detta innebär att flertalet av klienterna har ett stort inledande behov av abstinensbehandling eller annan medicinsk bedömning. Det innebär också att eftersom de inte kan erhålla nödvändig sjukhusbaserad abstinensbehandling, måste denna behandling i stället ombesörjas i samband med intagningen på LVM-hemmet.

Dåvarande Socialberedningen framhöll i sitt slutbetänkande (SOU 1987:22), att om inledande sjukhusvård inte kan komma till stånd på sjukhus ”är det givetvis ett oavvisligt krav att den inte blir av sämre kvalitet än vad den skulle ha blivit om den i stället hade ägt rum på sjukhus” (s. 349). I detta sammanhang kan nämnas, att SiS i en rapport som publicerades hösten 2003 har betonat att ”ett säkert omhändertagande av klienten under avgiftning kräver att en läkare har gjort en bedömning av klientens vårdbehov samt att detta vårdbehov kan uppfyllas på ett patientsäkert sätt”.¹⁶ Av sistnämnda rapport framgår emellertid att SiS i dagsläget dels inte förfogar över en sådan hälso- och sjukvårdsorganisation att en omedelbar läkarundersökning kan ske vid ankomsten till LVM-hemmet, dels inte heller kan garantera den medicinskt kvalificerade vårdnivå som krävs för abstinensbehandling. SiS egen slutsats i rapporten är att ”nuvarande ordning då 67,5 procent av klienterna kommer direkt till institutionen utan föregående läkarundersökning är således ej acceptabel”.

Även om jag utgår från att SiS kan vidta de åtgärder som krävs för att säkerställa att abstinensbehandlingen i SiS egen regi handläggs på ett patientsäkert och professionellt sätt anser jag att utvecklingen är allvarlig. Det är ett oeftergivligt krav att landstingen fullgör uppgiften att tillhandahålla erforderlig medicinsk vård. I Socialstyrelsens allmänna råd rörande tillämpningen av LVM (SOSFS 1997:6) uttalas till exempel, att vissa uppgifter inom missbrukarvården åvilar hälso- och sjukvården: ”en sådan uppgift är att svara för medicinsk avgiftning (exempelvis kortvariga insatser i abstinensfasen) och behandling av akuta psykiska komplikationer” (s. 15). Regeringens nationella narkotikapolitiska samordnare har i sin första årsrapport till regeringen bland annat föreslagit, att ”den av regeringen utlovade förstärkningen till missbrukarvården särskilt inriktas på att stärka den specialiserade missbrukarvården, öka

¹⁶ SiS (2003): *Avgiftning inom Statens institutionsstyrelse* (2003-09-30, dnr 120-308-2003), s. 5.

antalet avgiftningsplatser och att förstärka satsningarna på eftervården”.¹⁷

I avvaktan på att hälso- och sjukvårdens resurser inom missbrukarvården förstärks är det emellertid nödvändigt att SiS fortsätter att erbjuda vård i de fall det inte finns något sjukhus som har möjlighet att ta emot patienten för inledande medicinsk bedömning och sjukhusvård. Jag förutsätter att kvaliteten på dessa insatser motsvarar insatser givna av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen bör följa utvecklingen med avseende på kvalitet och omfattning av insatserna.

En fråga som har uppkommit är hur kostnadsansvaret skall hanteras. Genom att det blir LVM-hemmet som tillhandahåller abstinensbehandling vältras kostnaden för vården i praktiken över från landstinget till kommunen. SiS har, till följd av den förändring som fr.o.m. den 1 juli 2003 har skett i 3 § förordningen (1996:610) med instruktion för SiS, möjlighet att ”mot avgift utföra uppdrag åt kommuner och landsting i samband med bland annat avgiftning av missbrukare /---/”.¹⁸ Därmed har LVM-hemmet möjlighet att debitera landstinget den kostnad som uppkommer till följd av att man på uppdrag av landstinget utför denna tjänst, förutsatt att ett sådant avtal har ingåtts mellan Statens institutionsstyrelse och det enskilda landstinget. Det är viktigt att sådana avtal verkligen också träffas så att bland annat frågan om kostnadsansvar därmed kan få sin lösning.

16.11 En lagfäst proportionalitetsprincip

Förslag: En proportionalitetsprincip införs i LVM med avseende på utövandet av de särskilda befogenheterna enligt 31–35 §§ LVM.

Proportionalitetsprincipen innebär att en tvångsåtgärd i fråga om art, styrka, räckvidd och varaktighet skall stå i rimlig proportion till vad som står att vinna med åtgärden (se exempelvis prop. 1988/89:124 s. 26). Denna proportionalitetsprincip har i doktrinen ansetts vara så fundamental att den bör tillerkännas allmän giltighet inom förvaltningsrätten. Principen har också vunnit ett uttryckligt

¹⁷ Mobilisering mot narkotika (2003): *Rapport 2003. Den nationella narkotikapolitiska samordnarens årsrapport maj 2000 – juni 2003.*

¹⁸ SFS 2003:139, 3 §.

erkännande i svensk rättspraxis, inte minst genom Europadomstolens och EG-domstolens rättstillämpning. Principen finns lagfäst i bland annat rättegångsbalkens regler om de straffprocessuella tvångsmedlen.

I LVM finns inte någon proportionalitetsprincip. Däremot är principen inskriven i polislagen (1984:387), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. I propositionen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (prop. 1999/2000:44) anges att det i allmänna bestämmelser bör framgå att tvångs- och kontrollåtgärder till sin art, omfattning och varaktighet skall anpassas till vad som är nödvändigt. Bestämmelser med denna innebörd finns numera i 2 a § LPT och 2 a § LRV, som båda trädde i kraft den 1 juli 2000. I författningskommentarer till 2 a § LPT framhålls att det skall göras en rimlig avvägning mellan den nytta som tvångsåtgärderna kan ha för patienten i förhållande till det ingrepp i patientens självbestämmande och integritet som det innebär att patienten mot sin vilja får genomgå en viss behandling.

Denna proportionalitetsregel gäller för tvångs- och kontrollåtgärder under tvångsvård, alltså inte för frågan om vård enligt LPT eller LRV överhuvud taget är indicerad. Med tvångsåtgärd enligt dessa två lagar avses all tvångsanvändning, till exempel fastspänning, avskiljning från övriga patienter, kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.

Det kan erinras om att det i 8 § PL föreskrivs att en polisman – med iakttagande av de grundläggande fri- och rättigheter som tillförsäkras medborgarna i regeringsformen – skall ingripa på ett sätt som är försvarligt med hänsyn till åtgärdens syfte och övriga omständigheter. Om tvång måste tillgripas får detta endast ske ”i den form och den utsträckning som behövs för att det avsedda resultatet skall uppnås”. Proportionalitetsprincipen innebär alltså i detta sammanhang att de skador och olägenheter som ingripandet kan medföra för ett motstående intresse inte får stå i missförhållande till syftet med ingripandet. Det måste föreligga en rimlig proportion mellan medel och mål. Ju mer allvarlig eller omfattande faran är, desto verkningsfullare medel måste polisen få lova att tillgripa. Men samtidigt måste ingreppet anpassas efter den föreliggande farans beskaffenhet. Behovsprincipen innebär att ett ingripande endast får ske när det är nödvändigt för den aktuella farans

eller störningens avvärijande eller undanröjande. Nödvändig är bara en sådan åtgärd utan vilken det eftersträvade syftet inte kan nås.¹⁹

Vid inte minst betungande förvaltningsbeslut är proportionalitetsprincipen av stor vikt för den enskilde medborgaren. Som framhållits ovan har principen ansetts vara så betydelsefull att den tillerkänts "allmän giltighet" inom förvaltningsrätten, oavsett om det särskilt anges i en särskild lag eller inte. När proportionalitetsprincipen infördes i RB ansåg emellertid departementschefen, att det skulle vara en fördel om principerna för tvångsmedelsanvändningen "såvitt möjligt kommer till klart uttryck i lagstiftningen" (prop. 1988/89:124 s. 27).

Proportionalitetsregeln innebär alltså att skälen för ett ingripande eller någon annan tvångsåtgärd enligt LVM måste ställas i relation till de olägenheter som ingripandet innebär för den enskilde, exempelvis i fråga om självbestämmande och integritet. Regeln ger uttryck för att minsta möjliga tvång skall användas för att nå det avsedda syftet och innebär också en erinran om att tvånget får användas endast om syftet med åtgärden inte kan tillgodoses genom mindre ingripande åtgärder. När proportionalitetsprincipen infördes i RB såg departementschefen, det som en fördel att "de som skall tillämpa tvångsmedelsbestämmelserna har sin uppmärksamhet riktad på dessa frågor på ett annat sätt än genom hänvisning till mer eller mindre underförstådda rättsgrundsatser" (prop. 1988/89:124, s. 27).

Även om proportionalitetsprincipen gäller i princip vid all tvångsanvändning oavsett om det särskilt anges, anser jag att det bör införas en uttrycklig bestämmelse härom. Därigenom läggs det fast att utövandet av de i LVM angivna särskilda befogenheterna i 31–35 §§ i varje enskilt fall måste ske efter en prövning av om tvångsmedlet överhuvud taget behöver tillgripas med hänsyn till omständigheterna eller om syftet i stället kan tillgodoses genom någon annan, mindre ingripande åtgärd. En sådan prövning kan således leda till att man väljer ett annat, lindrigare tvångsmedel än det man först hade tänkt sig och den kan också leda till att man avstår från att utnyttja tvångsmedel om åtgärden skulle få skadeverkningar som inte är rimliga i förhållande till vad som skulle stå att vinna.

¹⁹ Se 1975 års polisutrednings principbetänkande *Polisen* (SOU 1979:6 s. 294–295) som närmare redogör för innebörden av behovs- och proportionalitetsprinciperna. Att dessa båda allmänna grundsatser borde komma till uttryck i en ny polislag ansågs av flera remissinstanser som "närmast självklart", påpekades i specialmotiveringen (prop. 1983/84:111 s. 78).

16.12 Särskilda befogenheter

16.12.1 Omhändertagande av otillåten egendom

Förslag: Om sådan egendom påträffas som anges i 31 § första stycket LVM, skall det finnas en skyldighet att på LVM-hemmet omhänderta sådan påträffad 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).

Om egendom som anges i 31 § påträffas *får* den omhändertas. Enligt nuvarande 31 § har således LVM-hemmet ingen uttalad *skyldighet* att omhänderta otillåten egendom. Enligt min mening framstår det mot bakgrund av förbudet i 31 § att inneha sådan egendom som naturligt att föreskriva en skyldighet att omhänderta nämnda egendom. Med tanke på att det samtidigt finns ett förbud att inneha denna typ av egendom bör det finnas en skyldighet från föreståndarens sida att omhänderta nämna egendom.

Omhändertagande av annan egendom som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet föreslås alltså vara fakultativ.

16.12.2 Provtagning vid misstanke om alkohol- och drogpåverkan och dylikt

Förslag: Förutsättningarna för när den enskilde är skyldig att underkasta sig provtagning enligt 32 a § LVM utvidgas så att provtagning skall kunna ske när som helst under tid som den intagne vistas på LVM-hem när misstanke uppkommer om att vederbörande kan vara påverkad av alkohol, narkotika eller andra otillåtna medel.

Enligt 32 § LVM får den som vårdas enligt lagen, under vissa förutsättningar, kroppsvisiteras och kroppsbesiktigas. Enligt rättegångsbalken utgörs kroppsbesiktning av ”undersökning av människokroppens yttre och inre samt tagande av prov från människokrop-

pen och undersökning av sådana prov” (28 kap. 12 § andra stycket RB).

Den 1 juli 2001 infördes i LVM en bestämmelse (32 a §) enligt vilken en klient ”vid ankomsten till LVM-hemmet” och i samband med vistelsen i annan vårdform enligt 27 § är skyldig att efter uppmaning lämna blod-, urin- eller utandningsprov för att kontrollera om denne är alkohol- eller drogpåverkad eller påverkad av vissa andra ämnen. Med ”ankomst” till LVM-hemmet avses här varje gång klienten återkommer till LVM-hemmet efter en vistelse utanför dess område.

Vid LVM-hemmen förekommer att man utöver dessa två situationer använder sig av provtagning för att kontrollera intagnas drogfrihet, men detta baseras i ett sådant fall på ”samtycke” från den enskilde klienten till integritetskränkande åtgärd. Av SiS allmänna råd för LVM-verksamheten framgår att om misstanke uppkommer om att en klient har tagit droger och han nekar till detta kan klienten *erbjudas* att lämna urinprov för att styrka sin drogfrihet. Med hänvisning till vad utredningen har redovisat i kapitel 6 kan man som JO fråga sig om det är adekvat att tala om ett ”genuint” samtycke grundat på klientens fria val i en situation där klienten vårdas med tvång med stöd av LVM. Den som är intagen på LVM-hem befinner sig i en beroendeställning i förhållande till hemmets ledning och personal i övrigt. Frivilligheten blir i detta sammanhang närmast illusorisk. Utifrån den enskildes perspektiv är det inte säkert att det finns någon skillnad mellan åtgärder som kan genomföras med tvång och sådana åtgärder som förutsätter medverkan.

Samtidigt finns det ett starkt intresse för alla intagna att det på LVM-hemmet inte förekommer alkohol, narkotika och andra otilåtna substanser. De som är intagna för tvångsvård på grund av missbruk har rätt att ställa krav på att få vistas i en miljö utan sådana substanser. Det är också självklart utifrån de krav man måste ställa på att inte vården får äventyras. Detta intresse anser jag väger tyngre än det obehag som den enskilde kan uppleva med att behöva genomgå olika kontroller av drogfriheten.

Jag föreslår därför att det utformas en allmän bestämmelse i 32 a § enligt vilken Statens institutionsstyrelse får besluta om blod-, urin och utandningsprov för att kontrollera om den intagne är påverkad av narkotika eller alkohol. Förutsättningen är att det finns en misstanke om att den intagne är påverkad av narkotika,

alkohol eller de andra otillåtna medel som anges i nämnda bestämmelse.

16.13 Vissa besluts överklagbarhet

Förslag: Alla beslut som fattas av SiS i särskilda fall skall kunna överklagas till länsrätt.

Möjligheten för den enskilde att överklaga beslut som fattats av föreståndaren för LVM-hemmet är begränsad jämfört med motsvarande beslut enligt LSU. Alla LSU-beslut ”av inskränkande karaktär” (prop. 1997/98:96 s. 189) är överklagbara hos länsrätt (med krav på prövningstillstånd i kammarrätt). Enligt LVM kan för närvarande inte alla föreståndarebeslut överklagas (44 § LVM). Sedan den 1 juli 2003 gäller krav på prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätt av alla överklagbara föreståndarbeslut enligt såväl LVU som LVM.

I samband med beredningen av en skrivelse från Statens institutionsstyrelse angående den nya vårdformen *vård i enskildhet* framhöll vissa remissinstanser, att det är sakligt omotiverat med skillnaderna i möjligheterna att överklaga föreståndarbeslut i LSU, LVU och LVM; alla LSU-beslut är överklagbara medan endast vissa uppräknade beslut är överklagbara enligt 42 § LVU respektive 44 § LVM. Även om LVU och LVM är vårdlagar och LSU vilar på straffrättslig grund konstaterade regeringen (prop. 2002/03:53) att skillnaden när det gäller rätten att överklaga kan framstå som omotiverad. Mot bakgrund av utredningens arbete med en översyn av tillämpningen av LVM fann emellertid regeringen ingen anledning att ge några förslag på detta område.

Jag delar uppfattningen att det av principiella skäl inte är motiverat att göra en åtskillnad i möjligheterna att överklaga ett inskränkande beslut som fattats med stöd av LVM respektive LSU. Jag föreslår därför att *samtliga* beslut som rör enskilda och som har fattats av Statens institutionsstyrelse skall kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Som redovisas i avsnitt 16.14 föreslår jag också att bestämmelserna om föreståndarens beslutanderätt utmönstras ur lagen. I stället anges att beslut fattas av Statens institutionsstyrelse som i sin arbets- och delegationsordning måste reglera vem som har rätt att fatta beslut på myndighetens vägnar i olika frågor.

Beträffande den av mig föreslagna möjligheten att överklaga omhändertagande av alkohol, narkotika etc. enligt 31 § trots att det är uppenbart att innehav av sådan egendom allvarligt äventyrar syftet med vården, grundar sig detta ställningstagande på principen att *alla* inskränkande beslut som "frihetsberövande inom frihetsberövandet" innebär för den enskilde, också skall kunna överklagas av denne oavsett vilken typ av ärende det rör sig om. Samtidigt som beslutet görs överklagbart har jag i avsnitt 16.12.1 föreslagit att sådan egendom som avses i 31 § första stycket *skall* omhändertas, vilket kan ses som en skärpning jämfört paragrafens nuvarande utformning enligt vilken sådan egendom "får" omhändertas.

16.14 Föreståndarnas beslutsbefogenheter

Förslag: Föreståndarnas beslutanderätt enligt LVM upphävs, och istället tillkommer beslutsbefogenheten Statens institutionsstyrelse.

Enligt nuvarande LVM har föreståndaren beslutsbefogenhet i en rad olika frågor. Angivandet av att beslut i vissa fall skall fattas av föreståndaren torde utgöra en rest från tiden innan SiS bildades och får numera anses vara otidsenligt; SiS och dess institutioner utgör ju *en* sammanhållen myndighet. Jag föreslår därför att de bestämmelser som i dag finns om föreståndarens bestämmanderätt tas bort. I stället föreslår jag att beslut fattas av Statens institutionsstyrelse som central förvaltningsmyndighet, dvs. på samma sätt som gäller beträffande LSU. SiS får sedan i sin arbets- och delegationsordning reglera vem som har rätt att fatta beslut på myndighetens vägnar i olika frågor.

16.15 Skärpning av anmälningsskyldigheten

Förslag: I 6 § LVM läggs fast att anmälningsskyldigheten skall fullgöras *genast* om den anmälningsskyldiga myndigheten får kännedom om att en person kan antas vara i behov av vård enligt LVM.

Statliga och kommunala myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med personer med missbruksproblem är

enligt 6 § LVM skyldiga att anmäla till socialnämnden om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM. Skyldigheten är begränsad till myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med personer med denna problematik. Av kravet på regelbunden kontakt följer att exempelvis skolan, familjerådgivningsbyråer eller verksamheten vid fritidsgårdarna inte berörs av anmälningsskyldigheten, även om de skulle komma i kontakt med personer med allvarliga missbruksproblem. Alkoholpoliklinikerna räknas till hälso- och sjukvården men för dessa gäller en mera begränsad anmälningsskyldighet (6 § andra stycket).

Mitt förslag innebär att anmälningsskyldigheten skärps genom att en anmälan till socialnämnden skall ske *genast* om den anmälningsskyldiga myndigheten får kännedom om att en person kan antas vara i behov av vård enligt LVM. Anmälan skall göras så snart det överhuvud taget är möjligt. Förslaget får särskild aktualitet med hänsyn till mitt förslag om att ta bort polismyndighetens befogenhet att besluta om omedelbart omhändertagande (se avsnitt 16.8.1).

16.16 Anmälan till Statens institutionsstyrelse i vissa fall

Förslag: Bestämmelsen i 29 § LVM upphävs.

Enligt 29 § LVM skall föreståndaren vid ett LVM-hem anmäla till Statens institutionsstyrelse om en intagen vistats i ett LVM-hem i tre månader utan att vård i annan form kommit till stånd. Paragrafen föreslås upphävd eftersom denna fråga i stället bör regleras i arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse.

16.17 Kontaktmannaskap enligt LVM

Förslag: Bestämmelsen i 8 § LVM upphävs.

Socialnämnden skall i samband med att den inleder en utredning enligt 7 § ”utse en tjänsteman hos nämnden som skall svara för kontakterna med missbrukaren och med olika vårdgivare” (8 §). I förarbetena används begreppet *kontaktman* om denna tjänsteman.²⁰ Avsikten med kontaktmannaskapet är att kontaktmannen, som inte

²⁰ Se exempelvis prop. 1980/81:8 s. 89, SOU 1987:22 s. 373, prop. 1987/88:147 s. 95, 106.

får vara ledamot av nämnden, skall följa missbrukaren under hela vårdtiden. När vårdtiden är slut eller om tvångsvård inte kommer till stånd upphör kontaktmannaskapet med 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 § socialtjänstlagen.²¹ Skillnaden är att klienten inte kan motsätta sig att nämnden utser en kontaktman enligt LVM, men att det krävs klientens samtycke om det sker med stöd av SoL.

I kapitel 7 refererar utredningen ett uttalande av JO som i ett beslut har anfört, att utformningen och konstruktionen av bestämmelsen i 8 § LVM om kontaktmannaskap i praktiken inte fyller någon funktion längre, eftersom ansvarig handläggare av utredningen ofta är samma person som utses att vara kontaktman i LVM:s mening. Uppgiften att informera och stödja klienten är central under hela den tid som klienten vistas på LVM-hemmet, och utgör en förutsättning för en meningsfull insats. Hur socialtjänsten väljer att lösa denna uppgift bör inte föreskrivas i lag. Jag vill emellertid peka på betydelsen av att syftet med bestämmelsen, dvs. att säkerställa en kontinuitet och ett klientorienterat arbetsätt, ändå tillgodoses från förvaltningens sida.

Det finns exempel på kommuner där utredare och kontaktman inte är samma person. Det finns också exempel på kommuner där det formellt inte utses någon kontaktman, trots att bestämmelsen inte är dispositiv.

Den bild som framträder efter utredningens kontakter med kommuner i skilda delar av landet är att de uppgifter som åvilar kontaktmannen, dvs. att samordna och ha en aktiv kontakt med klienten och med LVM-hemmet, normalt fullgörs av den socialsekreterare som har svarat för utredningen och som i flertalet fall redan har en tidigare etablerad kontakt med klienten. Jag kan därför inte se att det finns något skäl till att bibehålla nuvarande konstruktion av kontaktmannaskapet i 8 § LVM. Att avskaffa denna har också den fördelen att det inte längre kommer att finnas oklarheter och begreppsförvirring om innebörden av kontaktman i LVM-vårdens respektive LVM:s mening.

Jag föreslår således att bestämmelsen om kontaktman i 8 § LVM tas bort.

²¹ I SoL används benämningen "kontaktperson", inte kontaktman.

16.18 Gravitet, missbruk och tvångsvård

Förslag: Någon särskild indikation för tvångsvård av gravida kvinnor med missbruk förordas inte.

Frågan om gravitet och drogbruk, inte minst alkohol är, som framgår av kapitel 9, mångfasetterad och den rymmer många svåra frågeställningar. Ett av alkoholpolitikens prioriterade delmål är att kvinnans graviditetsperiod skall vara helt alkoholfri (prop. 2000/01:20). Självklart har även kvinnor med ett riskbruksbeteende eller som har en uttalad missbruks- eller beroendeproblematik som regel en önskan att föda ett friskt barn. Gravitet och det väntade barnet är många gånger i sig en stark motivationsfaktor för kvinnan att upphöra eller minska sin alkohol- eller drogkonsumtion.

Genom samordnade insatser kan mödrahälsovården och socialtjänsten bidra till att dessa kvinnor upphör eller minskar sitt bruk av alkohol/narkotika och i förekommande fall motiveras till en behandlingsinsats på frivillig grund.²² För närvarande pågår två parallella initiativ för att understödja denna utveckling: dels bereds inom regeringskansliet ett förslag, som utarbetats av Statens folkhälsoinstitut, till en nationell fortbildningsinsats som riktar sig till personal inom mödrahälsovården, dels utarbetas av Socialstyrelsen nationella riktlinjer för missbrukarvården, däribland behandling av gravida kvinnor med missbruksproblem, där ”tanken är att skapa en plattform med en för alla aktörer gemensam uppfattning om vad god missbrukarvård är och på den grunden bedriva förutsägbar tillsyn”.

I praktiken är det en mycket liten grupp av kvinnor som inte inser effekterna för det väntade barnet av sitt missbruk eller som visserligen inser de negativa konsekvenserna av missbruket men som ändå inte förmår att upphöra med det. För de allra flesta med denna svåra problematik kan antas att de uppfyller någon av specialindikationerna för tvångsvård enligt 4 § LVM. Det faktum att det årligen föds barn med FAS är i sig ett tecken på att nuvarande

²² Denna nödvändiga samverkan underlättas genom bestämmelsen i 14 kap. 2 § sjunde stycket SekrL enligt vilken sekretesskyddet inte skall hindra att uppgifter om enskild person eller hans närstående lämnas mellan myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten om det behövs för att den enskilde skall få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Detta tar bland annat sikte på en gravid kvinna om det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet. Regleringen innebär ingen skyldighet för en myndighet att på eget initiativ lämna information till en annan myndighet, utan enbart möjlighet att lämna sådan information.

insatser är otillräckliga, men jag anser samtidigt att den förstärkning som nu håller på att ske av mödrahälsovården kan leda till en mer aktiv uppföljning från personalens sida.

Utredningen om det ofödda barnet valde i sitt delbetänkandet SOU 1987:11 att *inte* föreslå någon rättslig möjlighet till tvångsvård som inte kunde hänföras till kvinnans *eget* vårdbehov, eftersom det var svårt att lagstiftningsmässigt ange förutsättningarna för ett tvångsingripande med hänsyn till att det inte fanns ett exakt gränsvärde vid vilket det inte förelåg några skaderisker för fostret. Jag kan konstatera att någon ny kunskap inte har tillkommit sedan nämnda utredning lade fram sitt betänkande. Men det finns också skäl att framhålla vad regeringen betonade i sin proposition om fosterdiagnostik och abort (prop. 1994/95:142 s. 14 f.) att fostret är att betrakta som en *potentiell* individ som har rätt till skydd under sin utveckling, men att denna rätt samtidigt måste vägas mot moderns rätt till självbestämmande. Fostrets skyddsvärde innebär således inte en absolut rätt till liv när det kolliderar med andra intressen. Denna inställning delades för övrigt av flertalet ledamöter i Statens medicinsk-etiska råd (SMER) i samband med rådets remissyttrande över SOU 1989:51.

Det går inte heller att bortse från att en utvidgning av nuvarande LVM till att i vissa fall också omfatta gravida kvinnor då dessa inte har ett eget vårdbehov, skulle kunna innebära en uppenbar risk för att kvinnor som är i stort behov av stödinsatser från mödrahälsovården skulle vara tveksamma eller t.o.m. vara avvisande till att uppsöka MVC inför risken att bli tvångsomhändertagna. Och hur skulle samhället skall ställa sig om kvinnan som blivit föremål för tvångsingripande i stället väljer att begära legal abort?

Utöver det anförda finns det anledning att i korthet beröra erfarenheterna av den norska lagstiftningen om gravida kvinnor med missbruksproblem. Utifrån dels den genomgång och analys som LVM-utredningen har gjort av denna lagstiftning, dels de studiebesök och fortlöpande kontakter som utredningen har haft med norska forskare och tjänstemän vid norska *Sosialdepartementet*, är det uppenbart att lagstiftningen i praktiken är förenad med vissa grundläggande tillämpningsproblem. Därvidlag skiljer sig inte *Sosialtjenesteloven* från den svenska tvångsvårdslagstiftningen inom samma område; *all* tvångsvårdslagstiftning inrymmer principiella problem och motsättningar av varierande grad som inte minst blir uppenbara vid själva genomförandet.

De norska erfarenheter visar att 6-2 a § *Sosialtjenesteloven* används i mycket begränsad omfattning och när så sker tillämpas den framför allt på kvinnliga narkomaner. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården förefaller ha svårt att etablera en bärande kontakt med kvinna med allvarliga alkoholproblem. Vissa forskare har framfört hypotesen att en del av dessa kvinnor självmant väljer att avstå från kontakt med den förebyggande mödrahälsovården, snarare än att behöva riskera att bli omhändertagna utan eget samtycke. Några vetenskapliga belägg för denna teori saknas dock. Vad som däremot är ostridigt är att socialtjänsten i flertalet fall aktualiserar tvångs-ingripande i ett mycket sent skede av graviditeten, vilket delvis kan bero på att dessa kvinnor uppsöker hälsovården i ett betydligt senare skede jämfört med kvinnor som inte har någon uttalad missbruks- eller beroendeproblematik.

16.19 Begreppet ”missbrukare”

Förslag: I stället för begreppet ”missbrukare” föreslås att LVM utgår från begreppet ”person med missbruksproblem”.
--

Det finns många skäl som talar för att begreppet missbrukare bör utmönstras ur socialrättslig och annan lagstiftning där dessa uttryck används. Begreppet är begränsande. Den terminologi som används i socialrätt och i praktiskt socialt arbete är på intet sätt oviktig, eftersom den återspeglar rådande människosyn och vårdideologi. Som en markering förordar jag därför att begreppet inte används i LVM och annan angränsande lagstiftning. I stället föreslår jag att begreppet ”person med missbruksproblem” används på samma sätt som i exempelvis i KvaL där man använder sig av ”den enskilde” alternativt ”han eller hon”.

Den nu föreslagna förändringen berör ett stort antal författningar. Jag föreslår dock i detta betänkande enbart förändringar i LVM. Därutöver bör förändringar även ske i socialtjänstlagen och angränsande tvångsvårdslagstiftning samt i förordningar som anknyter till denna lagstiftning. Övriga författningar bör revideras i samband att det av annan anledning blir aktuellt att göra materiella förändringar.

17 Vissa konsekvenser av förslagen

17.1 Inledning

Enligt kommittéförordningen skall jag analysera i vilken mån mina förslag påverkar kostnaderna för staten, kommuner och landsting. Detsamma gäller om förslagen har betydelse för jämställdheten mellan kvinnor och män.

17.2 Ekonomiska konsekvenser

Jag har i avsnitt 16.13 föreslagit att samtliga beslut som rör enskilda och som har fattats av Statens institutionsstyrelse skall kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol i likhet med vad fallet är i dag beträffande beslut enligt LSU. Med utgångspunkt från antalet ärenden som överklagas enligt sistnämnda lag – cirka 15 per år – är det sannolikt att antalet överklagningsärenden enligt mitt förslag kommer att bli ytterst få. Merkostnaden för rättsväsendet blir således försumbar.

I avsnitt 16.6 föreslås att socialnämnden skall erhålla en avgiftsreducering under den tid som en klient har placering i annan vårdform enligt 27 § LVM, dock under förutsättning att nämnden och SiS har träffat en överenskommelse som innefattar eftervårdsinsatser som skall genomföras efter avslutad LVM-vård inom ramen för en sammanhållen vårdkedja. Om vårdavgiften rabatteras med exempelvis 50 procent förväntas den årliga kostnaden uppgå till drygt 55,5 miljoner kronor. Genomförandet förutsätter att Statens institutionsstyrelse tillförs medel som motsvarar kostnaden för den rabatterade delen av vårdavgiften. Finansieringen av förslaget förutsätter att regering och riksdag beslutar att tillföra Statens institutionsstyrelse extra medel, och att detta kan ske inom ramen för en redan påbörjad satsning på missbrukarvården och som bland annat aviserades i regeringsdeklarationen den 16 september 2003.

17.3 Jämställdhet mellan kvinnor och män

I kapitel 9 ges en sammanfattande bild av vissa genusaspekter vad gäller missbruk och missbrukarvård, såväl inom frivillig- som tvångsvård. Av den redovisningen framgår att missbruksmönstren skiljer sig åt mellan män och kvinnor samtidigt som omgivningens och samhällets syn på och attityder till kvinnor respektive män med missbruksproblem inte så sällan skiljer sig åt. Det är väsentligt att socialtjänsten och missbrukarvården är medvetna om dessa förhållanden, så att manliga och kvinnliga klienters behov av rehabiliterings- och behandlingsinsatser blir tillgodosedda utifrån en medveten syn på jämställdhet i organisering och genomförande av insatser för män och kvinnor.

Inom LVM-vården har Statens institutionsstyrelse nyligen utarbetat en ambitiös genderpolicy, vilken omfattar både personal och klienter. Följande punkter är prioriterade i klientarbetet:

1. Noggrant följa utvecklingen vad gäller behov av vård och behandling av kvinnor/flickor respektive män/pojkar.
2. Utforma behandlingsarbetet så att det bättre tillgodoser kvinnor/flickors och män/pojkars behov.
3. Kontinuerligt utvärdera hur SiS klarar av att tillgodose klienternas olika behov inom verksamheten.
4. Det skall finnas tydliga riktlinjer om hur institutionerna skall gå till väga om klienter utsätts för övergrepp eller kränkande behandling av personal eller andra klienter.

När det gäller behandlingspersonalens arbete betonas att detta arbete fortlöpande måste bevakas och analyseras ur ett genderperspektiv. ”Eftersom behandling av människor innebär att skapa nära relationer, påverka samt utgöra identifikations- och rollmodeller ställs frågan om genderroller på sin spets i detta sammanhang”, framhåller SiS i sitt policydokument. Aspekter som kontinuerligt kommer följas upp av SiS är bland annat:

- hur de mans- respektive kvinnoroller som finns i vården ser ut,
- hur behandlingspersonalen skall vara sammansatt för att behandling och behandlingsklimat skall bli bra,
- hur man motverkar informella eller formella strukturer som på ett ojämnt sätt hindrar respektive främjar kvinnors och mäns möjligheter.

Dessa utgångspunkter kommer enligt min uppfattning att vara mycket betydelsefulla för att främja jämställdhetsarbetet inom missbrukarvården.

18 Författningskommentar

18.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

Lagens rubrik ändras till lag (1988:870) om vård vid missbruk i vissa fall. Ändringen behandlas i avsnitt 16.19 och är en följd av att begreppet missbrukare föreslås utmönstrat ur LVM.

1 §

I samband med ikraftträdandet av socialtjänstlagen (2001:453) ändrades hänvisningen i paragrafen. Av misstag kom dock hänvisningen att bli ofullständig, vilket nu rättas till. Ändringen är således av rent redaktionell karaktär.

2 §

Förslaget i paragrafens *första stycke* behandlas i avsnitt 16.19 och innebär att begreppet missbrukare utmönstras ur lagen. I stället används begreppet en person med missbruksproblem. Någon ändring i sak är inte avsedd.

Härjämte föreslås ändringar i första stycket som syftar till att uppnå könsneutralitet i lagen.

3 §

Förslaget behandlas i avsnitt 16.4.

Genom ändringen i paragrafen markeras att motivations- och behandlingsarbete inte utgör motsatser utan att motivationsarbete ingår som en del i ett större behandlingsperspektiv. Med behövliga insatser avses såväl motivations- som behandlingsinsatser och detta

i vid bemärkelse. Förutom behandlingsinsatser mot själva missbruket ingår åtgärder som tar sikte på den enskildes livssituation i stort, till exempel behov av bostad och arbete.

Förslaget innebär också att begreppet missbrukare tas bort, se avsnitt 16.19.

4 §

Förslaget innebär enbart att paragrafen görs könsneutral.

6 §

Förslaget i paragrafens *första stycke* behandlas i avsnitten 16.15 och 16.19.

Förslaget innebär för det första att begreppet missbrukare utmönstras ur lagen. I stället används begreppet en person med missbruksproblem. Någon ändring i sak är inte avsedd.

Förslaget innebär också en skärpning av anmälningsskyldigheten genom att en anmälan till socialnämnden skall ske genast om den anmälningspliktiga myndigheten får kännedom om att en person kan antas vara i behov av vård enligt LVM. Innebörden härav är att anmälan skall göras så snart det överhuvud taget är möjligt. Förslaget får särskild aktualitet med hänsyn till mitt förslag om att ta bort polismyndighetens befogenhet att besluta om omedelbart omhändertagande, jfr förslaget till ändring av 13 §.

I andra stycket föreslås motsvarande skärpning av anmälningsskyldigheten för läkare. Vidare föreslås ändringar som syftar till att uppnå könsneutralitet i lagen.

8 §

Paragrafen föreslås upphävd eftersom jag föreslår att regleringen av s.k. kontaktpersoner utmönstras ur lagstiftningen. Förslaget behandlas i avsnitt 16.17.

9 §

Förslaget innebär att begreppet missbrukare tas bort, se avsnitt 16.19.

10 §

Förslaget innebär att begreppet missbrukare tas bort, se avsnitt 16.19.

11 §

Förslaget innebär en ändring i paragrafens *andra stycke*.

Genom hänvisningen till 9 § markeras att det behöver göras endast en läkarundersökning i ärendet. Finns ett läkarintyg som utfärdats tidigare under utredningen, behöver således något ytterligare läkarintyg inte inhämtas.

I de allra flesta fall torde det vara nödvändigt att det görs en medicinsk utredning av den enskilde. Om det i undantagsfall enligt 9 § befunnits uppenbart obehövt att genomföra en läkarundersökning, gäller inte kravet i 11 § på att till en ansökan om vård foga ett läkarintyg. Om länsrätten är av en annan uppfattning i fråga om behovet av ett intyg, har domstolen möjlighet att själv besluta om läkarundersökning enligt 11 § tredje stycket.

12 §

Förslaget, som innebär en ändring i paragrafens *första stycke*, består i att begreppet missbrukare tas bort, se avsnitt 16.19.

13 §

Förslaget i paragrafens *första stycke* innebär för det första att polisens befogenhet att besluta om omedelbart omhändertagande av en person med missbruksproblem tas bort. Vid sidan av domstolen kommer således enbart socialnämnden eller dess ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat att ha denna befogenhet. Förslaget motiveras närmare i avsnitt 16.8.1. Förslaget ställer stora krav dels på att polisen iakttar sin skyldighet att göra anmälan enligt 6 §, vilken anmälan enligt mitt förslag skall göras

genast (jfr kommentaren till 6 §), dels på att varje socialnämnd har en organisation som medger att kontakt med socialjour eller liknande kan tas omedelbart när som helst på dygnet. Med mitt förslag följer således ett absolut krav på att ett beslut om omhändertagande från socialtjänstens sida kan fattas dygnet runt och att det för den enskilde polismannen alltid står klart vem han eller hon skall kontakta för att få ett sådant beslut till stånd.

Även om det i de flesta fall kan förutses att socialnämnden med tillräcklig snabbhet kommer att kunna fatta beslut om omhändertagande, medför mitt förslag ett behov av en möjlighet för en enskild polisman att kunna ingripa i en akut situation då socialnämndens beslut inte kan avvaktas. En sådan möjlighet föreslås i en ny 12 a § till polislagen (1976:511) som är tänkt att ersätta den nuvarande möjligheten för en polisman att ingripa enligt 11 § polislagen beträffande en person som skall omhändertas enligt LVM.

Förslaget i första stycket innebär vidare att begreppet missbrukare har utmönstrats ur lagtexten (jfr avsnitt 16.19) och att paragrafen gjorts könsneutral.

Förslaget i paragrafens tredje stycke innebär ett förtydligande av att rättens beslut i fråga om omedelbart omhändertagande skall grundas på samma omständigheter som gäller för socialnämndens beslut i frågan. Även här har begreppet missbrukare utmönstrats.

15 §

Förslaget behandlas i sin huvuddel i avsnitt 16.8.3 och innebär att det i paragrafens *första stycke* anges att underställning av ett omhändertagandebeslut skall ske utan dröjsmål och senast kl. 12.00 första dagen efter beslutet om omhändertagande. Härigenom skapas en absolut tidsgräns inom vilken underställningen skall ha kommit in till länsrätten. Av mitt förslag i 18 a § framgår att beslutet upphör att gälla om underställningen inte kommit in i tid. Med första dagen efter beslutet avses påföljande datum, vilket innebär att om ett beslut fattas exempelvis kl. 02.00 natten till dag 1 så går tidsfristen för underställning ut kl. 12.00 dag 2. Eftersom underställning skall ske utan dröjsmål är dock huvudregeln att underställning skall ske redan dag 1. Om detta i undantagsfall inte är möjligt, kan socialnämnden vänta till dag 2 utan att beslutet av den anledningen upphör att gälla.

Bestämmelserna i 2 § lagen (1930:173) om beräkning av lagstadgad tid är avsedda att tillämpas på den föreslagna tidsfristen. Detta innebär att om den dag som underställning senast skall ske infaller på en söndag, annan allmän helgdag, lördag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton får underställning ske nästa vardag.

I första stycket anges vidare att underställning kan ske såväl skriftligen som muntligen i likhet med vad som gäller i fråga om häktningsframställningar. Syftet med att göra det möjligt att göra muntliga underställningar är att inte tekniska problem – till exempel med en telefaxöverföring – skall få till följd att ett omhändertagande upphör. Det bör dock betonas att muntliga underställningar endast bör komma i fråga i undantagsfall och då det till följd av sådana problem som nyss nämnts inte är möjligt att göra en skriftlig underställning. En erinran härom har intagits i första stycket sista meningen.

Som en följd av mina överväganden i fråga om vilken myndighet som skall ha befogenhet att fatta beslut om omedelbart omhändertagande har i paragrafens *första stycke* orden ”eller polismyndigheten” tagits bort samt paragrafens nuvarande *andra stycke* strukits, jfr avsnitt 16.8.1 och kommentaren till 13 §.

Eftersom det med mitt förslag blir lagligen möjligt att göra muntliga underställningar har det i ett nytt *andra stycke* till paragrafen föreslagits vad en underställning skall innehålla. Avsikten är således att det även av en muntlig underställning skall framgå på vilken grund beslutet är fattat samt de övriga omständigheter som är av betydelse för rättens prövning av omhändertagandet. Vid en muntlig underställning får grunden för beslutet och övriga omständigheter antecknas av länsrätten. Jag förutsätter att det – i likhet med vad som gäller i fråga om häktning – skapas rutiner för hur underställning i dessa fall praktiskt skall ske och vem som skall kunna ta emot underställningen.

Av andra stycket framgår vidare dels att handlingarna i ärendet skall fogas till underställningen, dels – i fall av muntlig underställning – att handlingarna skall sändas eller lämnas till länsrätten så snart det kan ske. Som ett ovillkorligt krav gäller givetvis att i de fall underställning undantagsvis skett muntligen skall handlingarna vara rätten tillhanda före rättens prövning av omhändertagandet.

16 §

De föreslagna ändringarna är en följd av att polismyndigheten med mitt förslag inte längre skall ha befogenhet att besluta om omedelbart omhändertagande, jfr avsnitt 16.8.1 och kommentaren till 13 §.

De föreslagna ändringarna i övrigt i denna paragraf innebär endast att paragrafen gjorts könsneutral.

18 §

Den föreslagna ändringen i paragrafen *första stycke* innebär att andra meningen utgår. Ändringarna är en följd dels av att jag föreslår att ett omhändertagande skall upphöra automatiskt om ansökan om vård inte kommer in till rätten inom föreskriven tid, dvs. inom en vecka från det att länsrätten beslutade om att omhändertagandet skall bestå. En sådan bestämmelse föreslås i 18 a § 2 p. Vidare föreslår jag att socialnämnden skall ges rätt att besluta att ett omedelbart omhändertagande skall upphöra. En sådan bestämmelse föreslås i 18 b §. Den nuvarande bestämmelsen om länsrättens möjlighet att upphäva ett omhändertagande om skäl för omhändertagande inte längre föreligger föreslås flyttad till den nya 18 b §.

Den nuvarande bestämmelsen i *andra stycket* föreslås flyttad till en ny 18 a §, som kommer att reglera samtliga fall då ett omhändertagande upphör automatiskt.

18 a §

Förslaget, som innebär att en ny paragraf tillförs LVM, behandlas i sin huvuddel i avsnitt 16.8.3. Paragrafen är avsedd att reglera alla de fall då ett omhändertagande upphör utan något särskilt beslut härom.

I paragrafens *första punkt* anges en ny princip för LVM nämligen att ett beslut om omhändertagande upphör att gälla om beslutet inte har underställts länsrätten inom föreskriven tid. Detta överensstämmer med vad som gäller enligt 7 § tredje stycket LVU.

I *andra punkten* föreslås en ändring som innebär att bestämmelsen i nuvarande 18 § om följderna av att en ansökan om vård inte görs i rätt tid flyttas till förevarande paragraf och dessutom ändras på det sättet att ett omhändertagande i ett sådant fall upphör att

gälla automatiskt. Även detta överensstämmer med vad som gäller enligt LVU (jfr 9 § LVU).

Punkterna 3 och 4 motsvarar nuvarande 18 § andra stycket.

18 b §

Förslaget behandlas i avsnitt 16.8.2 och innebär att det gjorts klart att socialnämnden alltid har rätt och dessutom en skyldighet att upphäva ett beslut om omhändertagande om det inte längre finns skäl för omhändertagande. Enligt förslaget föreligger sådan rätt och skyldighet även för det fall att länsrätten har beslutat att omhändertagandet skall bestå. Syftet med den föreslagna bestämmelsen är att den omhändertagne inte skall behöva avvakta ett beslut av länsrätten i de fall det för nämnden framstår som klart att ett omhändertagande inte längre behövs. Några begränsningar i fråga om rätten att delegera beslut av förevarande slag föreslås inte. Det innebär att de allmänna principerna för delegation av beslut av en socialnämnd kommer att bli tillämpliga på beslut av förevarande slag. För det fall socialnämnden upphäver ett underställt beslut om omhändertagande ankommer det givetvis på nämnden att snarast underätta den domstol där målet är anhängigt om beslutet.

Av paragrafen framgår vidare att rätten har samma befogenhet som socialnämnden i nu aktuellt hänseende.

20 §

Förslaget består i att begreppet missbrukare tas bort, se avsnitt 16.19.

21 §

Förslaget består i att begreppet missbrukare tas bort, se avsnitt 16.19.

23 §

Förslaget består i att begreppet missbrukare tas bort, se avsnitt 16.19.

24 §

Förslaget i paragrafens *andra stycke* innebär att paragrafen har gjorts könsneutral.

Förslaget i paragrafens *tredje stycke* behandlas i avsnitten 16.9.1 och 16.9.2.

Genom den föreslagna ändringen klargörs att det är en skyldighet för verksamhetschefen att hindra den omhändertagne att lämna sjukhuset i avvaktan på att denne kan överföras till ett LVM-hem. Vidare klargörs att denna skyldighet inte förutsätter att den omhändertagne tagits in på sjukhus för slutenvård; det räcker att den omhändertagne förts till en sjukhusenhet för sådan vård. Härigenom har den tidigare otydligheten beträffande vad som avses med vård i paragrafen fått en lösning (jfr JO 1993/94 s. 299).

Förslaget innebär också att begreppet missbrukare tas bort i *tredje stycket*, se avsnitt 16.19. Vidare har i paragrafen begreppet ”den som förestår vården” bytts ut mot Statens institutionsstyrelse, jfr kommentaren till 25 §. Förslaget innebär i denna del ingen saklig förändring. Det ankommer på LVM-institutionerna att se till att det alltid finns någon som kan ta emot en sådan underrättelse som avses i paragrafen.

25 §

Förslaget behandlas i avsnitt 16.14 och innebär att bestämmelserna om föreståndarens beslutanderätt utmönstras ur lagen. I stället anges att beslut fattas av Statens institutionsstyrelse (SiS). Angivande av att beslut i vissa fall skall fattas av föreståndaren torde utgöra en rest från tiden innan SiS bildades och får numera anses vara otidsenligt; SiS och dess institutioner utgör ju *en* sammanhållen myndighet. I likhet med vad som gäller beträffande lagen (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård (LSU) bör det vara SiS som myndighet som i lagtext pekas ut som beslutsfattande. SiS får sedan i sin arbets- och delegationsordning reglera vem som har rätt att fatta beslut på myndighetens vägnar i olika frågor.

25 a §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 16.5.

Syftet med den föreslagna bestämmelsen är att förmå Statens institutionsstyrelse (SiS) och socialnämnden att samverka kring den vård och de övriga insatser som skall ges den enskilde både under LVM-tiden och därefter. Tanken är att SiS och socialnämnden i samråd med den enskilde skall komma fram till vilka insatser som är bäst lämpade för att hjälpa den enskilde att komma ifrån sitt missbruk och få ordning på sitt liv. SiS och socialnämnden bör i detta syfte träffa en överenskommelse om vilka insatser som skall ges den enskilde. Överenskommelsen skall inte bara avse insatser under tvångsvårdstiden, utan även de åtgärder i fråga om fortsatta behandlingsinsatser till följd av missbruket, hjälp till utbildning, arbete och bostad m.m. som måste följa efter det att tvångsvården upphört. Överenskommelsen, som bör befastas skriftligt mellan SiS och socialnämnden, är tänkt att ligga till grund för det rabattsystem som jag beskrivit under avsnitt 16.6.

Överenskommelsen bör träffas så snart som möjligt. En bestämmelse härom har intagits i paragrafens *andra stycke*. Vid behov bör givetvis överenskommelsen revideras.

26 §

Förslaget innebär att bestämmelserna om föreståndarens beslutanderätt utmönstras ur lagen, se närmare kommentaren till 25 §.

27 §

Förslaget innebär att bestämmelserna om föreståndarens beslutanderätt utmönstras ur lagen, se närmare kommentaren till 25 §.

Förslaget innebär också att begreppet missbrukare tas bort i *tredje stycket*, se avsnitt 16.19.

28 §

Paragrafen föreslås upphävd eftersom jag föreslår att reglerna om s.k. eftervårdsplaner skall ersättas med den nya bestämmelsen i 25 a § som ger Statens institutionsstyrelse (SiS) och socialnämnden möjlighet att i samråd med den enskilde träffa överenskommelse om hur vården skall utformas och vilka insatser som skall ges den enskilde under och efter vårdtiden.

29 §

Förslaget behandlas i avsnitt 16.16.

Enligt paragrafen i dess nuvarande lydelse skall föreståndaren vid ett LVM-hem anmäla till Statens institutionsstyrelse (SiS) om en intagen vistats i ett LVM-hem i tre månader utan att vård i annan form kommit till stånd. Paragrafen föreslås upphävd. Frågan kan i stället lämpligen regleras i SiS arbets- och delegationsordning.

30 §

Ändringen innebär att paragrafen har gjorts könsneutral.

30 a §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 16.7.

Enligt 7 § förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten får Statens institutionsstyrelse (SiS) behandla personuppgifter för bland annat tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamheten. I 7 a § lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten finns emellertid ett generellt förbud mot att i sammanställningar av personuppgifter ta in känsliga personuppgifter eller uppgifter i övrigt om ömtåliga personliga förhållanden. Undantag från förbudet görs dock i paragrafen bland annat ifråga om sådan verksamhet som nyss sagts. Undantaget omfattar dock inte uppgift som omfattar medlemskap i fackförening. Något hinder för SiS att för uppföljningsändamål behandla känsliga personuppgifter i sammanställningar finns således inte under förutsättning att övriga krav enligt lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten och personuppgiftslagen (1998:204) är tillgodosedda. Som ett allmänt krav för att behandla känsliga personuppgifter och vissa andra personuppgifter gäller därvid bland annat att uppgifterna har lämnats i ett ärende eller är nödvändiga för verksamheten (jfr 7 § lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten).

Som framgår av den allmänna motiveringen föreslår jag att SiS skall få en lagfäst skyldighet att följa upp verksamheten enligt LVM och att uppföljningen skall avse såväl vårdtiden som tiden efter avslutad vård. En bestämmelse härom föreslås därför i paragrafens *första stycke*. Genom att göra uppföljningen till en lagstadgad skyl-

dighet enligt LVM kommer inhämtade uppgifter att omfattas av sekretess enligt 7 kap. 4 § sekretesslagen (1980:100).

För att SiS skall kunna fullgöra den föreslagna skyldigheten att följa upp vården av sina klienter måste SiS kunna inhämta sekretessbelagda uppgifter om enskilda klienter från socialnämnden och detta även efter vårdtidens slut. En sekretessbrytande regel härom föreslås därför i paragrafens *andra stycke*.

31 §

Förslaget behandlas i avsnitt 16.12.1.

Genom den föreslagna ändringen blir det obligatoriskt att på ett LVM-hem omhänderta sådan påträffad egendom som avses i det nya *första stycket*, dvs. alkoholhaltiga drycker, narkotika, flyktiga lösningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel, sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor samt injektionsprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk eller annan befattningsmedel med narkotika.

Omhändertagande av annan egendom som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet föreslås alltjämt vara fakultativ. Detta framgår av det nya *andra stycket*.

32 §

Förslaget innebär att paragrafen har gjorts könsneutral.

32 a §

Förslaget behandlas i avsnitt 16.12.2 och innebär att skyldigheten för den intagne att lämna blod-, urin- eller utandningsprov utvidgas något. Enligt mitt förslag är den intagne skyldig att lämna sådana prov när som helst under vistelsen vid LVM-hemmet och inte som i dag enbart vid ankomsten till LVM-hemmet och i samband med vistelse i annan form enligt 27 §. Som en allmän förutsättning för skyldigheten att lämna prov skall alltjämt gälla att det kan misstänkas att den intagne är påverkad av något förbjudet medel.

33 a §

Förslaget innebär att reglerna om vem som får fatta beslut i fråga om inskränkning i rätten att föra telefonsamtal förs över till en ny 43 a §. I samband därmed föreslås också att beslutanderätten skall ankomma på Statens institutionsstyrelse (SiS) som myndighet.

36 §

Förslaget innebär att bestämmelserna om föreståndarens beslutanderätt utmönstras ur lagen, se närmare kommentaren till 25 §.

36 a §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 16.11.

Förslaget innebär att en proportionalitetsprincip liknande de som finns i LPT och LRV lagfästs i LVM. Den föreslagna bestämmelsen är avsedd att tillämpas vid varje tvångsåtgärd enligt 31 § – 35 § LVM. Proportionalitetsprincipen kommer dock inte att bli tillämplig på omhändertagande av sådan egendom som avses i 31 § första stycket i den av mig föreslagna lydelsen, dvs. omhändertagande av alkoholhaltiga drycker och narkotiska preparat m.m. Detta följer av mitt förslag att omhändertagande av sådan egendom skall vara obligatoriskt. Något undantag för dessa fall behöver därför inte göras i den föreslagna 36 a §.

Den föreslagna proportionalitetsregeln, som anknyter till innehållet i 2 kap. 12 § regeringsformen, innebär att skälen för att vidta en tvångsåtgärd inom ramen för vården enligt LVM skall ställas i relation till de olägenheter ingripandet innebär för den enskilde i fråga bland annat om dennes självbestämmande och integritet. Det betyder att en tvångsåtgärd skall stå i rimlig proportion till vad som står att vinna med åtgärden och den nytta som tvångsåtgärden kan ha för den enskilde klienten. Genom den föreslagna lagregeln får de personer som har att tillämpa bestämmelserna om de s.k. särskilda befogenheterna vid LVM-hemmen sin uppmärksamhet tydligt riktad på dessa frågor. Om syftet med tvångsåtgärden kan tillgodoses genom någon mindre ingripande åtgärd, skall den åtgärden väljas. Proportionalitetsregeln ger således uttryck för att minsta möjliga tvång skall användas för att nå det avsedda syftet och innebär sam-

tidig en erinran om att tvånget får användas endast om syftet med åtgärden inte kan tillgodoses genom mindre ingripande åtgärder.

Vid användningen av de s.k. särskilda befogenheterna skall således en avvägning alltid göras i de avseenden som anges i denna paragraf. Bestämmelsen kommer som nyss sagts att vara tillämplig vid all tvångsanvändning enligt de angivna paragraferna såsom exempelvis beslut om vård vid låsbar enhet, beslut om vård i enskildhet eller beslut om att den enskilde skall hållas i avskildhet samt beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.

43 §

Förslaget innebär att det nuvarande andra stycket flyttats till en ny 43 a § som kommer att utgöra en samlad reglering rörande beslut som fattas av Statens institutionsstyrelse (SiS).

43 a §

Paragrafen är ny. Förslaget behandlas i 16.14.

Som tidigare redovisats föreslår jag att bestämmelserna om föreståndarens beslutanderätt utmönstras ur lagen. I stället anges att beslut fattas av Statens institutionsstyrelse (SiS). Angivandet av att beslut i vissa fall skall fattas av föreståndaren torde utgöra en rest från tiden innan SiS bildades och får numera anses vara otidsenligt; SiS och dess institutioner utgör ju en sammanhållen myndighet. I likhet med vad som gäller beträffande lagen (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård (LSU) bör det vara SiS som myndighet som i lagtext pekas ut som beslutsfattande. SiS får sedan i sin arbets- och delegationsordning reglera vem som har rätt att fatta beslut på myndighetens vägnar i olika frågor.

I *första stycket* i förevarande paragraf föreslås en samlad reglering av i vilka fall beslut fattas av SiS.

I *andra stycket* föreslås en motsvarighet till den nuvarande bestämmelsen i 43 § andra stycket.

44 §

Som tidigare redovisats föreslås att bestämmelserna om föreståndarens beslutanderätt utmönstras ur lagen, se närmare kommentaren

till 25 § och 43 a §. Bestämmelserna i förevarande paragraf om sådan beslutanderätt har därför strukits. I stället föreslår jag en ny paragraf, 44 a §, i vilken överklagbarheten av beslut fattade av Statens institutionsstyrelse (SiS) regleras.

44 a §

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 16.13.

Som tidigare redovisats föreslår jag att bestämmelserna om föreståndarens beslutanderätt utmönstras ur lagen. I stället anges att beslut fattas av Statens institutionsstyrelse (SiS), som i sin arbets- och delegationsordning måste reglera vem som har rätt att fatta beslut på myndighetens vägnar i olika frågor.

Förslaget i förevarande paragraf innebär att alla beslut av inskränkande karaktär som fattas av Statens institutionsstyrelse (SiS) i särskilda fall – i likhet med vad som gäller enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU) – får överklagas till länsrätt. Prövningstillstånd kommer att krävas vid överklagande till kammarrätten. Uttryckssättet i särskilda fall har använts i syfte att markera att allmänna ordningsregler inom LVM-hemmet inte får överklagas.

45 §

I *första punkten* föreslås att begreppet en missbrukare byts ut mot en person med missbruksproblem, jfr avsnitt 16.19.

I *fjärde punkten* föreslås att begreppet den som förestår vården vid ett LVM-hem byts ut mot Statens institutionsstyrelse. Det får i stället ankomma på SiS att i sin arbets- och delegationsordning ange vem inom myndigheten som har rätt att begära handräckning.

46 §

Även i denna paragraf föreslås att begreppet den som förestår vården vid LVM-hemmet byts ut mot Statens institutionsstyrelse (SiS).

47 §

Förslaget i *första stycket* innebär att paragrafen görs könsneutral.

Förslaget i *andra stycket* utgör en följdändring med anledning av den föreslagna bestämmelsen i 44 a § om överklagande av Statens institutionsstyrelsens (SiS) beslut.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2005.

Av förslaget till övergångsbestämmelser *punkten 2* framgår att beslut om omedelbart omhändertagande som före ikraftträdandet av de nya bestämmelserna fattas av socialnämnden eller av polismyndigheten skall handläggas enligt de tidigare reglerna. Ett omhändertagande som beslutas av polismyndigheten före ikraftträdandet förlorar således inte sin giltighet genom de nya reglerna och detta oavsett om länsrätten hunnit pröva beslutet eller inte.

Av förslaget till övergångsbestämmelser *punkten 3* framgår att tidigare beslut av en institutionschef vid ett LVM-hem skall – i och med att de nya bestämmelserna träder i kraft – anses fattade av Statens institutionsstyrelse. Inte heller beslut fattade av institutionschefen med stöd av de äldre reglerna förlorar således sin giltighet i och med att de nya bestämmelserna träder i kraft. Dock skall beträffande sådana beslut äldre regler tillämpas i fråga om rätten att överklaga.

18.2 Förslaget till lag om ändring i polislagen (1984:387)

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 16.8.1.

Den föreslagna bestämmelsen är en följd av mitt förslag om att polisens befogenhet att besluta om omedelbart omhändertagande skall upphävas. Eftersom det i vissa fall kan dröja något innan socialnämnden eller dess ordförande kan fatta beslut, bör polisen få en uttrycklig befogenhet att ingripa för att säkerställa att ett beslut om omedelbart omhändertagande kan komma till stånd. Den nya bestämmelsen, som är utformad efter förebild av 12 § polislagen (1984:387) om polisens möjligheter ta hand om ungdomar och överlämna dem till föräldrarna eller socialnämnden, medger att en polisman tar hand om en person som kan förväntas bli omhänder-

tagen enligt LVM och överlämnar denne till sjukhus. En förutsättning för denna befogenhet skall vara att det finns skälig anledning anta att den enskilde skall omhändertas enligt LVM. Vidare skall ett beslut om omhändertagande inte kunna avvaktas med hänsyn till att det föreligger en överhängande och allvarlig risk för att den enskilde kommer till skada.

Bestämmelsen är tänkt att vara tillämplig oavsett var den enskilde påträffas. Ett ingripande enligt bestämmelsen får bara ske för att undanröja en akut fara. Av behovsprincipen följer att ett ingripande inte får ske om det är möjligt att förmå den enskilde att självmant uppsöka sjukhus. Den nya bestämmelsen ger stöd enbart för åtgärden att föra den enskilde till sjukhus. Förvaring i polisarest är således inte tillåten. Så snart polismannen överlämnat den enskilde till sjukhuset upphör alla tvångsbefogenheter intill dess att ett beslut om omhändertagande fattats och en begäran om handräckning framställts. I övrigt gäller att omhändertagandet skall vara kortvarigt och att det inte får pågå längre tid än vad som behövs för att den enskilde skall kunna lämnas över till sjukhuset. Någon särskild tidsgräns under vilken omhändertagandet enligt denna paragraf får pågå har dock inte föreslagits. Detta med hänsyn främst till de skiftande förhållanden som råder i landet när det gäller avstånd till sjukhus och möjligheterna att ordna transporten dit. Ett omhändertagande får dock inte under några förhållanden pågå längre tid än vad som krävs för att föra den enskilde till sjukhuset. Som tumregel bör gälla att omhändertagandet bör vara avslutat inom högst fyra timmar.

I vissa situationer kan lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB) vara tillämplig när en person som kan bli föremål för omhändertagande enligt LVM anträffas. Den föreslagna bestämmelsen är inte avsedd att utgöra något hinder mot att tillämpa LOB när detta kan bli aktuellt.

Ikraftträdande

Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 januari 2005. Några särskilda övergångsbestämmelser har inte bedömts nödvändiga.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av utredningens expert Ewa Gustafsson

De förslag som framläggs i föreliggande utredning bidrar i stor utsträckning till att rättssäkerheten för den enskilde förstärks.

I uppdraget har inte ingått att närmare analysera de grundläggande förutsättningarna för att tvångsvård över huvud taget skall kunna komma ifråga. LVM:s grundläggande bestämmelse (4 §) innehåller emellertid skönsregler som ger rättstillämparen betydande frihet i bedömningen. I flera avseenden kan man rikta kritik mot utformningen av bestämmelsen eftersom den ger ett stort utrymme för godtycke och en olikformig rättstillämpning och alls inte bidrar till den rättstrygghet som varit lagstiftarens avsikt. Mot denna bakgrund är min uppfattning att LVM:s grundläggande utformning bör ses över i en kommande parlamentarisk utredning.

Därutöver vill jag, liksom föreliggande utredning, understryka vikten av att strukturerade och adekvata insatser efter LVM-vården kommer till stånd. 30 § LVM ålägger redan idag socialnämnden, inte bara att aktivt ”verka för” bostad/arbete/utbildning utan också att ”se till” att den enskilde får personligt stöd eller behandling efter vårdtiden för att varaktigt komma ifrån missbruket. I linje med detta menar jag att man även bör utreda huruvida en rätt till bistånd efter avslutad LVM-vård skall införas i socialtjänstlagen. Samhället har ett särskilt ansvar för den som berövats sin frihet för att beredas vård oberoende av samtycke, inte bara under själva tvångsvården utan även efter avslutad vård. I konsekvens härmed borde sålunda, socialt bistånd, i vart fall till vårdinsatser, efter avslutad tvångsvård inte kräva någon särskild behovsprövning.

Särskilt yttrande av experterna Leif Klingensjö, Sven-Åke Larsson och Eva Sahlén angående översyn av LVM:s utformning

Regeringen tillsatte under 2002 en utredning av tvångsvården enligt LVM. Utredningens direktiv angav att nödvändiga förslag till justeringar skulle göras av lagen i sin nuvarande form. Under utredningstiden har riksdagens revisorer i sin rapport *Med tvång och god vilja – vad gör statens institutionsstyrelse?* (2002/03:RR9) föreslagit att en ny utredning bör tillsättas med uppgift att se över LVM:s utformning och särskilt ta ställning till om det vore lämpligt att begränsa tvångsvårdens mål till att bryta ett destruktivt missbruk och etablera kontakt mellan missbrukare och behandlingspersonal samt begränsa tvångsvårdens tidsmässiga omfattning.

Som framhålls i utredningens kapitel 1 har det inte ingått i utredningens uppdrag att utreda dessa frågor. Vi menar emellertid att detta inte hindrat utredningen att ta ställning för att föreslå en ny översyn av LVM. Denna vår uppfattning kan motiveras både på principiell grund och med hänvisning till omständigheter som framkommit i föreliggande utredning.

Sedan LVM:s tillkomst har det hänt en hel del inom det alkohol- och drogpolitiska området. Det svenska medlemskapet i EU, förändrade attityder och kunskaper om alkoholvanor och missbruk, en förbättrad forskning om orsaker till missbruk och resultat av behandlingsmetoder samt sambanden mellan psykisk sjukdom och missbruk etc. måste i större utsträckning påverka hur en kommande tvångslagstiftning bör utformas för att bättre stå i samklang med 2000-talets välfärdssamhälle. LVM:s grundläggande utformning bör därför ses över i en kommande parlamentarisk utredning.

Vi vill samtidigt betona att vi inte uppfattar att en sådan översyn förringar värdet av de förslag som föreliggande utredning lagt med syftet att förtydliga berörda aktörers roller och ansvar, förbättra LVM-vårdens kvalitet och förstärka klienternas rättssäkerhet. Vi ser föreliggande utredning som ett nödvändigt komplement till en kommande parlamentarisk utredning.

Särskilt yttrande av experterna Jan Blomqvist, Abit Dundar och Ulf Malmström angående översyn av LVM:s utformning

Riksdagens revisorer har i sin rapport *Med tvång och god vilja – vad gör statens institutions-styrelse?* (2002/03:RR9) föreslagit att en ny utredning bör tillsättas med uppgift att se över LVM:s utformning och särskilt ta ställning till om det vore lämpligt att begränsa tvångsvårdens mål till att bryta ett destruktivt missbruk och etablera kontakt mellan missbrukare och behandlingspersonal samt begränsa tvångsvårdens tidsmässiga omfattning. Som framhålls i utredningens kapitel 1 har det inte ingått i utredningens uppdrag att utreda dessa frågor. Vi menar emellertid att detta inte hindrar ett ställningstagande med innebörden att förslaget om en ny översyn bör tillstyrkas. Denna vår uppfattning kan motiveras både på principiell grund och med hänvisning till omständigheter som framkommit i föreliggande utredning.

Ur etisk synvinkel består den nuvarande lagstiftningens grundläggande dilemma i att tvångsinslaganden mot en enskild är starkt kränkande, samtidigt som det saknas vetenskapliga belägg för att vård enligt LVM har sådana effekter att de skulle kunna väga upp denna kränkning. Detta lagstiftningens grundläggande dilemma och den oklarhet som vidlåder flera av dess mest centrala paragrafer har återkommande aktualiserats i utredningens arbete, inte minst i samband med de diskussioner som förts om syftesparagrafen och de grundläggande rekvisiten för tvångsvård. Flera av de forskarrapporter utredningen initierat har också på olika sätt illustrerat bristerna i nuvarande lagstiftning. När det gäller utredningens analys av LVM-vårdens utveckling menar vi att den å ena sidan pekar på att institutet omedelbart omhändertagande kommit att användas på ett sätt som lagstiftaren inte avsett. Å andra sidan menar vi att utvecklingen också kan tolkas som en indikation på att LVM i sin nuvarande utformning inte på ett bra sätt svarar mot de faktiska vårdbehoven.

Vi menar därför att LVM:s grundläggande utformning bör ses över i en kommande parlamentarisk utredning med utgångspunkt från Riksdagens revisorers rapport. Vi vill samtidigt betona att vi inte uppfattar att en sådan översyn förringar värdet av de förslag som föreliggande utredning lagt med syftet att förtydliga berörda aktörers roller och ansvar, förbättra LVM-vårdens kvalitet och förstärka klienternas rättssäkerhet. Däremot ser vi den som ett nödvändigt komplement.

Referenser

- Andersson, Berit (1998). *Ett § 12-hem för flickor. Omdefinitioner inom ungdomsvården*. Forskningsrapport nr 2/1998. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Aronson, Marita & Hagberg, Bibbi & Gillberg, Christopher (1997). Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: a follow-up study. *Development Medicine & Child Neurology* 39: 583-587.
- Aronson, Marita & Hagberg, Bibbi (1993). Hur har det gått för de alkoholskadade barnen? *Läkartidningen* 90: 2214-2219.
- Axelsson, Bo (1998). "LVM är ingen behandlingslag". *SiStone* nr 1, s. 28-29.
- Axelsson, Margareta (1990). Det informella tvånget i missbrukarvården – några forskningsperspektiv. I: Delegationen för social forskning. *Forskning om missbrukare och vården, särskilt tvångsvården*, s. 79-87.
- Berglund, Mats & Rydberg, Ulf (red.) (1995). *Beroendelära*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergman, Hans & Källmén, Håkan (2000). Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet. *Läkartidningen* 97: 2078-84.
- Bergman, Hans & Källmén, Håkan (2003). Svenska kvinnor har fått mer riskfyllda och skadligare alkoholvanor. *Läkartidningen* 100: 1028-35.
- Bergmark, Anders & Oscarsson, Lars (1994). Från producenternas paradiset till marknadens retorik. I: Pettersson, Ulla (red.). *Socialtjänstens klientarbete. Från vision till marknad?*, s. 91-108. Lund: Studentlitteratur.
- Bergmark, Anders (2001). Om den evidensbaserade missbrukarvårdens retorik och praktik. *Nordisk alkohol & narkotikatidskrift* 18 (2): 175-180.
- Bergmark, Anders & Oscarsson, Lars (1999). Behandlingsmotivation och tvångsvård. *Socialvetenskaplig tidskrift* 6 (3): 195-211.

- Bergmark, Anders & Oscarsson, Lars (2000). Om behandlingsbegreppet inom alkoholvården. I: Berglund, Mats et al. *Behandling av alkoholproblem: en kunskapsöversikt*, s. 58-86. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete och Liber.
- Bergmark, Åke (1994). *Institutionsvård av missbrukare. En studie av Ålvårdens behandlingshem*. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Bergmark, Åke (1995). *Prioriteringar i socialtjänsten: rättvisa och ekonomi*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Bernler, Gunnar & Johnsson, Lisbeth (1993). *Den sociala journalen. I: En studie i akter – deras struktur och funktion*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Bernler, Gunnar & Johnsson, Lisbeth (1995). *Den sociala journalen. II: Tre bilder av socialtjänstens klient*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Bernt, Jan Fridthjof (2000). Tvangsbruk i socialtjänsten. I: Kjønstad, Asbjørn & Bernt, Jan Fridthjof & Kjellevoid, Alice & Hove, Harald. *Sosial trygghet og rettsikkerhet – under sosialtjenesteloven og barneverntjenesten*, s. 227–302. Oslo: Fagbokforlaget.
- Billinger, Kajsa (2000). *Få dem att välja – motivationsarbete inom tvångsvården av vuxna missbrukare*. Akademisk avhandling. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Björkman, Jenny (2001). *Vård för samhällets bästa. Debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850–1970*. Akademisk avhandling. Stockholm: Carlsson bokförlag.
- Blennberger, Erik (1999). Etiska problem i missbrukargården I: *Alkohol och narkotika. Vår politik och dilemman*, s. 82–102. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.
- Blomqvist, Jan (1996). *Från ideologi till ekonomi. Institutionsförlagd missbrukarvård under tre decennier*. FoU-rapport 1996:2. FoU-byrån. Stockholm: Socialförvaltningen.
- Blomqvist, Jan (1999). *Inte bara behandling – vägar ut ur alkoholmissbruket*. Stockholm: Bjurner och Bruno AB.
- Blomqvist, Jan (2002). *Att sluta med narkotika – med eller utan behandling*. FoU-rapport 2002:2. Stockholm: Socialtjänsten.
- Bramstäng, Gunnar (1985). *Sociallagstiftningen. En kommentar till socialtjänstlagen, lagen om vård av unga samt lagen om vård av missbrukare*. Stockholm: PA Norstedt & Söners förlag.

- Brottsförebyggande rådet (2003a). *Polisens insatser mot narkotikabrottsligheten. Omfattning, karaktär och effekter*. Rapport 2003:12. Stockholm: BRÅ.
- Brottsförebyggande rådet (2003b). *Vård av missbrukare i anstalt. En utvärdering av kriminalvårdens särskilda satsning på narkotikabekämpning*. Stockholm: BRÅ.
- Byqvist, Siv (1997). *Svenska narkotikamissbrukande kvinnor och män: missbruksförlopp och kriminalitet*. Akademisk avhandling. Rapport i socialt arbete nr 84. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Byqvist, Siv & Gomér, Gunnel & Olsson, Orvar (1994). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Stockholms län 1992*. Rapport nr 30. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning: Stockholm: CAN.
- Börjeson, Bengt (1979). *Inre och yttre tvång – en principfråga vid vården av missbrukare*. Stockholm: Tiden.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2003). *Drogutvecklingen i Sverige 2003*. Rapport nr 71. Stockholm: CAN.
- Claezon, Ingrid (1996). *Mot alla odds: barn till narkotikamissbrukare berättar om sin uppväxt*. Stockholm: Mareld.
- Clevesköld, Lundgren & Thunved, Anders (2003). *Handläggning inom socialtjänsten*. Sjunde rev. uppl. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Danelius, Hans (2000). Europadomstolens domar – andra kvartalet 2000. *Svensk Juristtidning* 2000 s. 588.
- Danelius, Hans (2002). *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis. En kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna*. Andra uppl. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Ds S 1981:6. *Åtgärder mot missbruk under graviditet*. Delbetänkande av Socialberedningen.
- Ds S 1983:16. *Erfarenheter av LVM och vissa andra socialtjänstfrågor*. Delbetänkande av Socialberedningen.
- Ds 2001:11. *Riksrevisionen: ändringar i regeringsformen*. Justitiedepartementet.
- Edgar, Bill & Doherty, Joe (red.) (2001). *Women and homelessness in Europe*. Bryssel: Feantsa/Policy Press.
- Eek, Hilding (1943). *Administrativa frihetsberövanden: bidrag till studiet av rättssäkerhetsmomenten i socialrätten*. Uppsala och Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Ekendahl, Mats (1999). *Att välja vårdform. En studie inom fyra kommuners öppna alkoholvård*. Skrift 1999:4, Centrum för utvärdering av socialt arbete. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Ekendahl, Mats (2001). *Tvingad till vård – missbrukares syn på LVM, motivation och egna möjligheter*. Akademisk avhandling. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Ekroth, Jesper (2001). *JO-ämbetet: en offentlighetsstudie*. Akademisk avhandling. Stockholm: Juridiska institutionen, Stockholms universitet.
- Fridell, Mats (1996). *Institutionella behandlingsformer vid missbruk. Organisation, ideologi och resultat*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fridell, Mats (2002). Kvinnor med narkotikaberoende. I: Leissner, Tom & Hedin, Ulla-Carin (red). *Könsperspektiv på missbruk*, s. 144–164. Stockholm: Bjurner och Bruno.
- Fugelstad, Anna & Johansson, Lars Age & Thiblin, Ingemar (2003). Svårtolkad statistik över narkotikarelaterad dödlighet. *Läkartidningen* 100: 738-540.
- Gerdner, Arne (1986). *Uppföljning av Runnagårdens 5-veckorsprogram. 1984 års patienter ett halvår efter utskrivning*. Örebro: Runnagården.
- Gerdner, Arne (1994). När viljan är sjuk. *Socialt Perspektiv* 73 (1): 7–17.
- Gerdner, Arne (1998a). *Compulsory treatment for alcohol use disorders – Clinical and methodological studies of treatment outcome*. Akademisk avhandling. Malmö: Department of Clinical Alcohol Research, Lund University.
- Gerdner, Arne (1998b). *LVM-vårdens kvalitet enligt socialtjänstens bedömning*. Rapport 1/98. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Gerdner, Arne (1999). *Motivationsarbete inom tvångsvård*. Presentation vid Svenska Föreningen för alkohol- och drogforskning (SAD). Uppsala, den 8–9 nov. 1999.
- Gerdner, Arne (2000). *Utfall och kvalitet inom LVM-vården. Uppföljning av Lunden och Älvgården*. SiS följer upp och utvecklar 3/2000. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Gerdner, Arne (2004a). *LVM-vårdens genomförande, utfall och effekt – en kontrollerad registerstudie i Jämtland*. LVM-utredningens bilagedel Forskningsrapporter, SOU 2004:3.
- Gerdner, Arne & Bodin, Lennart & Berglund, Mats & Söderfeldt, Björn (1996a). Prediction of outcome in coerced and voluntarily treated alcoholics. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 5 (2): 106–112.
- Gerdner, Arne & Furuholm, Per-Eric & Berglund, Mats (1997). Abscondance and duration of treatment of compulsorily committed alcoholics on a locked ward: effects of changes in the treat-

- ment programme and the law. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 6: 310–316.
- Gerdner, Arne & Holmberg, Anders (2000). Factors affecting motivation to treatment in severely dependent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 61 (4): 548–560.
- Gerdner, Arne & Sundin, Örjan (red.) (1998). *Dubbeltrubbel – nya rön och erfarenheter i diagnostik och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Örebro: Statens Institutionsstyrelse, och Runnagården.
- Gerdner, Arne & Söderfeldt, Björn (1996b). Explaining inconsistency between patient and collateral: validity in outcome studies of coercive alcoholism treatment. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 5 (1): 12–18.
- Gustafsson, Ewa (2001). *Missbrukare i rättsstaten. En rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare*. Akademisk avhandling. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Gustafsson, Ewa (2002). Fostret i fokus? – om rättssäkerhet och tvångsvård av gravida missbrukare. I: Vahlne Westerhäll, Lotta (red.). *Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, s. 102–127. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Guttormsson, Ulf & Helling, Stig & Olsson Börje (1999). *Vad händer på narkotikaområdet? Narkotikamissbruk och marginalisering – tendenser inför millennieskiftet*. Rapport nr 55, Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning. Stockholm: CAN.
- Göransson, Mona & Magnusson, Åsa & Bergman, Hans & Rydberg, Ulf & Heilig, Markus (2003). Fetus at risk: prevalence of alcohol consumption during pregnancy estimated with a simple screening method in Swedish antenatal clinics. *Addiction* 98 (11): 1513–1520.
- Hagqvist, Anders & Widinghoff, Björn (red.) (2000). *Miljöterapi – igår, idag och i morgon*. Lund: Studentlitteratur.
- Hakkarainen, Pekka (2001). Utvecklingen av experimentellt och tillfälligt bruk av narkotika i slutet av 1990-talet. I: Kouvonen, Petra & Rosenqvist, Pia & Skretting, Astrid (red.). *Bruk, missbruk, marknad och reaktioner. Narkotika i Norden 1995–2000*, s. 7–26. NAD-publikation nr 41. Helsingfors: NAD.
- Halldin, Jan (2003). Lika hemlös efter som före LVM-vård – kommunerna följer inte lagen. *Läkartidningen* 100: 152–155.
- Harland, Lena (u å). *Hur gör man för att upptäcka missbruk hos blivande föräldrar?* Stockholm: Beroendecentrum Syd, Stockholms läns landsting.

- Helling, Stig (1987). *Från mjöd till Martini. Alkoholens historia i Sverige*. Stockholm: Norstedts.
- Helmersson Bergmark, Karin, (2002). Kvinnor och alkohol. I: Leissner, Tom & Hedin, Ulla-Carin (red.). *Könsperspektiv på missbruk*, s. 28–44. Stockholm: Bjurner och Bruno.
- Hilte, Mats & Laanemets, Leili (2000). *Berättelser om missbruk och vård. Om missbrukande kvinnor i fyra olika behandlingsprogram*. Meddelanden från Socialhögskolan 2000:1. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Holgersson, Leif (1978). *Socialvården – en fråga om människosyn*. Stockholm: Tidens förlag.
- Holgersson, Leif (1998). *Socialtjänst. Lagtexter med kommentarer i historisk belysning*. Åttonde upplagan. Stockholm: Tiden/Rabén Prisma.
- Holmberg, Carin (2000). Aspekter av kvinnosynen i missbruksbehandling: empiriska exempel och teoretiska funderingar. *Sköndalsinstitutets arbetsrapportserie* nr 14.
- Holmberg, Erik & Stjernquist, Nils (2000). *Vår författning*. Tofte uppl. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Håkansson, Jan-Håkan (2003). Om en kunskapsbaserad socialtjänst. *Nordisk Socialt Arbeid* 23 (4): 194-300.
- Jenner, Håkan & Segraeus, Vera (1996). Att utveckla missbrukarvård genom dokumentation. Beskrivning av DOK-projektet. *Nordisk Alkohol-tidskrift* 13 (3): 150–159.
- Jenner, Håkan (1987). *Motivation hos missbrukare och behandlare – i ett pedagogiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, Lennart (2001). Kontroll, kultur, identitet. Nordisk nykterhetsrörelse mellan stad och landsbygd. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 18 (4): 337–349.
- Johnsson, Eva & Fridell, Mats (1999). ”Plötsligt får man lust att leva”. *En grupp narkomaners berättelser om sina självmordsförsök*. Forskningsrapport nr 2/1999. FoU-enheten. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Järvinen, Margaretha & Olafsdottir, Hildigunnur (1984). Nordiska kvinnors dryckesmonster. *Alkoholpolitik – tidskrift för nordisk alkoholforskning* 1: 193–206.
- Järvinen, Margaretha & Skretting, Astrid (1994). *Missbruk och tvångsvård*. NAD-publication nr 27. Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD).
- Katalogdata (2003). *Förteckning över hem för vård eller boende och familjevårdsenheter m.m.* Stockholm: Katalogdata.

- Klackenberg, Henrik (1967). *Lagen om nykterhetsvård: med kommentar*. Fjärde uppl. Stockholm: Statens nämnd för utgivande av förvaltningsrättsliga publikationer.
- Knudsdotter, Linda (2003). *SiS årliga statistik 2002*. Allmän SiS-rapport 2003:5. Statens institutionsstyrelse.
- Kriminalvårdsstyrelsen (2002). *Insatser mot narkotika. Forskningsbaserad kriminalvård – ett förslag till handlingsplan*. Norrköping: KVS.
- Kriminalvårdsstyrelsen (2003a). *Kriminalvårdens Officiella Statistik 2002*. Norrköping: KVS.
- Kriminalvårdsstyrelsen (2003b). *Kriminalvårdens Redovisning Om Drogituationen 2002*. Norrköping: KVS.
- Kriminalvårdsstyrelsen (2003c). *Rapport avseende regeringens uppdrag rörande skyddstillsyn med särskild behandlingsplan, kontraktsvård*. Rapport. Norrköping: KVS.
- Kriminalvårdsstyrelsen (2003d). *Vistelse utom anstalt enligt § 34 lagen om kriminalvård i anstalt*. Rapport utarbetad av Jan Gustavsson. Norrköping: KVS.
- Kristiansen, Arne & Svensson, Bengt (2003). "Byråkrati och narkomani går inte ihop..." *En brukarundersökning av narkotikamissbrukares livsvillkor och värderfarenheter*. Stencil. Stockholm: Mobilisering mot Narkotika.
- Laanemets, Leili (2002). *Skapande av femininitet: om kvinnor i missbrukarbehandling*. Dissertations in Social Work nr 8. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Lalander, Philip (2001). *Hela världen är din – en bok om unga heroinister*. Lund: Studentlitteratur.
- Lalander, Philip (2003). *Hooked on heroin – drugs and drifters in a globalized world*. Oxford och New York: Berg.
- Lander, Ingrid & Olsson, Börje & Rönnelid, Anita & Skrinjar, Monica (2002). *Narkotikamissbruk och marginalisering*. MAX-projektet, slutrapport. Rapport nr 65, Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm: CAN.
- Lander, Ingrid (2003). *Den flygande maran: en studie om åtta narkotikabrukande kvinnor i Stockholm*. Akademisk avhandling. Stockholm: Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Leifman, Håkan & Gustafsson, Nina-Katri (2003). *En skäl för det nya millenniet. En studie av svenska folkets alkoholkonsumtion i början av 2000-talet*. Forskningsrapport nr 11. SoRAD. Stockholm: SoRAD, Stockholms universitet.

- Leifman, Håkan (2003). Vilka dricker mer alkohol i Sverige? En studie av konsumtionstrender bland män och kvinnor i olika åldersgrupper under perioden 1990 till 2002. *Nordisk alkohol & narkotikatidskrift* 20 (2–3): 159–180.
- Lemne, Marja & Ingrid Strömberg (2003). *Från ansvarsskiften till samordning – om ansvarsförändringar mellan staten, kommunerna och landstingen under 30 år*. Underlagsrapport till den statliga Ansvarskommittén.
- Lundefors, Harriet (1998). ”De flesta klienter kan tillgodogöra sig behandling under LVM-tiden”. *SiStone* nr 2, s. 19–20.
- Länsstyrelsen Blekinge län (2000). *Tillsyn missbrukarvård*.
- Länsstyrelsen Hallands län (2001). *LVM-vård 1997–2000*.
- Länsstyrelsen Hallands län (2001). *Missbruksvård Hylte kommun*. Dnr 502-2253-00.
- Länsstyrelsen Hallands län (2001). *Missbruksvård Kungsbacka kommun*. Dnr 502-2246-00.
- Länsstyrelsen Hallands län (2001). *Missbruksvård Varbergs kommun*. Dnr 502-2248-00.
- Länsstyrelsen Hallands län (2002). *LVM-vård 2001*. Dnr 701-3020-02.
- Länsstyrelsen Hallands län (2002). *Missbruksvård Falkenbergs kommun*. Dnr 701-4032-01.
- Länsstyrelsen Hallands län (2002). *Missbruksvård Halmstads kommun*. Dnr 701-4030-01.
- Länsstyrelsen Hallands län (2002). *Missbruksvård Laholms kommun*. Dnr 701-4031-01.
- Länsstyrelsen Jämtlands län (2002). *Hur används omedelbart ombändertagande enligt § 13 LVM i Östersunds kommun? Rapport*, december 2002.
- Länsstyrelsen Jönköpings län (2000). *Tillsyn enligt 68 § socialtjänstlagen (SoL) av missbrukarvården i Vetlanda kommun*. Dnr 502-8543-99.
- Länsstyrelsen Jönköpings län (2002). *Missbrukarvården i två kommuner. En jämförande studie mellan Gislaveds och Nässjö kommuner*. Meddelande 2002:5.
- Länsstyrelsen Kalmar län (2000). *Missbrukarvård. Rapport från tillsyn av missbrukarvården i två kommuner*. Meddelande 2000:18.
- Länsstyrelsen Kronobergs län (2000). *Missbrukarvård. Rapport från tillsyn av missbrukarvården i två kommuner*. Meddelande 2000:38.
- Länsstyrelsen Kronobergs län (2000). *Tvångsvård av missbrukare*. Meddelande 2000:32.

- Länsstyrelsen Norrbottens län (2000). *Tillsyn av socialnämndens verksamhet för vuxna missbrukare (Piteå)*. Dnr 502-4931-00.
- Länsstyrelsen Norrbottens län (2000). *Tillsyn av socialnämndens verksamhet för vuxna missbrukare (Pajala)*. Dnr 502-11357-00.
- Länsstyrelsen Norrbottens län (2000). *Undersökning om missbrukares inflytande över vård och behandling*. Dnr 502-1946-00.
- Länsstyrelsen Norrbottens län (2001). *Ingripanden enligt LVM i Norrbottens län 2000*. Dnr 502-1646-01
- Länsstyrelsen Norrbottens län (2001). Redovisning av intervju och aktgranskning avseende socialnämndens verksamhet för vuxna missbrukare (Överkalix). Dnr 502-2813-01.
- Länsstyrelsen Norrbottens län (2002). *Ingripanden enligt LVM i Norrbottens län 2001*. Dnr 502-9028-02.
- Länsstyrelsen Norrbottens län (2002). *Redovisning av intervju och aktgranskning avseende socialnämndens verksamhet för vuxna missbrukare (Kiruna)*. Dnr 502-15940-02.
- Länsstyrelsen Norrbottens län (2003). *Redovisning av intervju och aktgranskning avseende socialnämndens verksamhet för vuxna missbrukare (Jokkmokk)*. Dnr 701-5162-03.
- Länsstyrelsen Norrbottens län (2003). *Ingripanden enligt LVM i Norrbottens län 2002*. Dnr 701-6140-03.
- Länsstyrelsen Norrbottens län (2003). *Redovisning av intervju och aktgranskning avseende socialnämndens verksamhet för vuxna missbrukare (Gällivare)*. Dnr 701-17709-03.
- Länsstyrelsen Skåne län (2001). *Verksamhetstillsyn i Ystad rörande missbruk*. Dnr 502-7475-00.
- Länsstyrelsen Skåne län (2001). *Verksamhetstillsyn i Hässleholm rörande missbrukshandläggningen*. Dnr 502-7469-00.
- Länsstyrelsen Skåne län (2001). *Verksamhetstillsyn i Helsingborg rörande missbrukshandläggningen*. Dnr 502-7468-00.
- Länsstyrelsen Skåne län (2001). *Verksamhetstillsyn i Eslöv rörande missbrukshandläggningen*. Dnr 502-7467-00.
- Länsstyrelsen Skåne län (2001). *Verksamhetstillsyn i Sjöbo rörande handläggningen av missbrukarvården*. Dnr 502-7474-00.
- Länsstyrelsen Skåne län (2001). *Verksamhetstillsyn i Klippan rörande missbrukshandläggningen*. Dnr 502-7470-00.
- Länsstyrelsen Skåne län (2001). *Verksamhetstillsyn i Kristianstad rörande missbrukshandläggningen*. Dnr 502-7472-00.
- Länsstyrelsen Skåne län (2001). *Verksamhetstillsyn i Lund rörande missbrukshandläggningen*. Dnr 502-7473-00.

- Länsstyrelsen Stockholms län (2001). *Rapport över socialtjänsten. Individ- och familjeomsorgen 2000*. Rapport 2001:9.
- Länsstyrelsen Stockholms län (2003). *Den öppna missbruksvården i Stockholms län – en kartläggning*. Rapport 2003:9.
- Länsstyrelsen Uppsala län (2001). *Missbrukarvård i Uppsala län*. Länsstyrelsens meddelandeserie 2001:5.
- Länsstyrelsen Uppsala län (2001). *Missbrukarvård i Uppsala län*. Länsstyrelsens meddelandeserie 2001:14.
- Länsstyrelsen Västerbotten län (2000). *Inflytande i missbruksvård*. Rapport, december 2000.
- Länsstyrelsen Västernorrlands län (2001). *Tak över huvudet? Om boendesituationen för personer med missbruksproblem*. Rapport 2001:4.
- Länsstyrelsen Västmanlands län (2000). *Verksamhetstillsyn enligt § 68 Socialtjänstlagen över socialnämndens missbruksärenden (Sura-hammar)*. Dnr 502-6665-00.
- Länsstyrelsen Västmanlands län (2000). *Verksamhetstillsyn enligt § 68 Socialtjänstlagen över socialnämndens missbruksärenden (Fagersta)*. Dnr 502-6663-00.
- Länsstyrelsen Västmanlands län (2000). *Verksamhetstillsyn enligt § 68 Socialtjänstlagen över socialnämndens missbruksärenden (Sala)*. Dnr 502-6667-00.
- Länsstyrelsen Västra Götaland (2001). *Tvångsvård av missbrukare i Västra Götaland 1998–2000. En sammanställning av länsrätternas domar och beslut*. Rapport 2001:57.
- Länsstyrelsen Västra Götaland (2002). *Tvångsvård av missbrukare i Västra Götaland 2001. En sammanställning av länsrätternas domar och beslut*. Rapport 2002:25.
- Länsstyrelsen Västra Götaland (2002). *Missbruk. Under eller över 18 år – skillnader i handläggning. Länsstyrelsens erfarenheter från verksamhetstillsyn i åtta kommuner*. Rapport 2002:36.
- Länsstyrelsen Västra Götaland (2003). LVM. *Unga missbrukare. Vad hände?* Rapport 2003:23.
- Länsstyrelsen Västra Götaland (2003). *Tvångsvård av missbrukare i Västra Götaland 2002. En sammanställning av länsrätternas domar och beslut*. Rapport 2003:44.
- Länsstyrelsen Östergötlands län (2000). *Tvångsombändertagande av vuxna missbrukare, LVM-ärenden 1999*.
- Länsstyrelsen Östergötlands län (2001). *Missbrukarvården i fyra kommuner*. Rapport 2001:14.

- Länsstyrelsen Östergötlands län (2001). *Tvångsombändertaganden enligt LVM 2000*. Rapport.
- Länsstyrelsen Östergötlands län (2002). *Rapport avseende tillsynsbesök inom socialtjänsten i Linköpings kommun under juli – oktober 2002*. Dnr 701-7942-2002, 701-7943-2002.
- Länsstyrelsen Östergötlands län (2002). *Tvångsombändertagande enligt LVM 2001*. Rapport 2002:8.
- Länsstyrelsen Östergötlands län (2002). *Utveckling av öppenvård och drog förebyggande insatser 2002*.
- Länsstyrelsen Östergötlands län (2003). *Rapport avseende tillsynsbesök inom Socialnämndens verksamhet i Norrköpings kommun under september och oktober 2003*. Dnr 701-14262-2003.
- Länsstyrelsen Östergötlands län (2003). *Tvångsombändertaganden enligt LVM år 2002*. Rapport 2003:5.
- Länsstyrelsen Östergötlands län (2003). *Årsrapport 2002 Socialtjänsten i Östergötland*. Rapport 2003:3.
- Medicinska forskningsrådet (1997). *Individuella skydds och skadeeffekter av alkohol*. Stockholm: MFR.
- Melin, Ann-Gerd & Näsholm, Christina (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Mobilisering mot narkotika (2003). *Rapport 2003: Den nationella narkotikapolitiska samordnarens årsrapport maj 2000 – juni 2003*.
- Mulinari, Diana (1996). *Kvinnoprojekt och feminism. I: Sahlin, Ingrid (red.). Projektets paradoxer*. Lund: Studentlitteratur.
- Månsson, Sven-Axel (2003). Att förstå sociala insatserns värde. *Nordisk Sosialt Arbeid* 23 (2): 73-80.
- Möller, Kerstin & Gerdner, Arne & Oscarsson, Anita (1998). *Rällsögården – 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare*. SiS följer upp och utvecklar 1/98. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Narkotikakommissionen (1999). *Narkotikarelaterad död*. Diskussionspromemoria nr 3. Stockholm: Narkotikakommissionen.
- Narkotikakommissionen (2000). *Offensiv narkomanvård 10 år efter. En uppföljning av den kommunala missbrukarvården i Varberg, Göteborg och Norrköping*. Diskussionspromemoria nr 9. Stockholm: Narkotikakommissionen.
- Nelson, Alvar (1988). *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet. Seminarium anordnat av Rättsfonden den 6 mars 1987*. Rättsfonden Skriftserie nr 19. Stockholm: Rättsfonden.
- Nilssen, Even (2001). Nytt tvång? *Rus & Avhengighet*, nr 5.

- Nilsson, Anders (2002). *Fånge i marginalen. Uppväxtvillkor, levnadsförhållanden och återfall i brott bland fångar*. Akademisk avhandling. Stockholm: Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Nilsson, Mikael & Johansson, Patrik & Olsson, Börje (2001). *Heroin-dömda 17–29-åringar 1996*. MAX-projektet, delrapport 4. Rapport nr 62. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm: CAN.
- Nyberg, Karin & Allebeck, Peter (1998). "Ett glas eller två kan väl inte vara farligt..." *Kunskapsöversikt om alkohol och narkotika under graviditet och effekter på fostret*. Forskning & Fakta. Kunskapsöversikt om alkohol och narkotika, Nr 16. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) och Svenska föreningen för alkohol- och drogforskning (SAD).
- Olegård, Ragnar, et al. (1977). Alkohol och graviditet. *Läkartidningen* 74: 3074–3080.
- Olsson, Börje & Adamsson Wahren, Caroline & Byqvist, Siv (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*. MAX-projektet, delrapport 3. Rapport nr. 61, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm: CAN.
- Olsson, Börje (2001). Tungt narkotikamissbruk i Norden 1995–2000. I: Kouvonen, Petra & Rosenqvist, Pia & Skretting, Astrid (red.). *Bruk, missbruk, marknad och reaktioner. Narkotika i Norden 1995–2000*, s. 27–40. NAD-publikation nr 41. Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD).
- Oscarsson, Lars (2000). Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet – förutsättningar, utveckling, behov. I: *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38, s. 57–105.
- Ot. prp nr 48 (1994-95). *Om lov om endring i lov om sosiale tjenester m v og i visse andre lover (tilbakeholdelse av gravide rusmiddel-misbrukere i institusjon)*
- Ottenblad, Christina (2000). Specialistmödrahjälsövård för drogberoende blivande föräldrar – långsiktigt stöd förebygger återfall och skapar bättre uppväxtmiljö för barnet. *Läkartidningen* 97: 2201–2202.
- Palmstierna, Tom (1994). Tvång mot psykiskt sjuka inom missbrukarvården. *Socialmedicinsk tidskrift* 71 (10): 471–473.
- Petterson, Ulla (1989). *Fyra år med LVM – En uppföljning i fyra kommuner*. Socialtjänstprojektet, rapport nr 12. Rapport i Socialt arbete nr 46. Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms Universitet.
- Petterson, Ulla (red.) (1994). *Socialtjänstens klientarbete: från vision till marknad?* Lund: Studentlitteratur.

- Prop. 1974/97. *Lag om ersättning vid frihetskränkning.*
- Prop. 1975/76:209. *Ändring i regeringsformen.*
- Prop. 1976/77:108. *Om alkoholpolitiken.*
- Prop. 1979/80:1. *Om socialtjänsten.*
- Prop. 1979/80:172. *Om ändrat huvudmannaskap för ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter m.m.*
- Prop. 1980/81:196. *Om statsbidrag vid ändrat huvudmannaskap för ungdomsvårdsskolor och nykterhetsvårdsanstalter m.m.*
- Prop. 1980/81:8. *Förslag till utsökningsbalk.*
- Prop. 1981/82:141. *Om ändring i lagstiftningen om kriminalvård i anstalt m.m.*
- Prop. 1981/82:8. *Om lag om vård av missbrukare i vissa fall, m.m.*
- Prop. 1983/84:111. *Förslag till polislag.*
- Prop. 1984/85:151. *Om statsbidrag till missbrukarvård m.m.*
- Prop. 1984/85:19. *Om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik.*
- Prop. 1987/88:147. *Tvångsvård av vuxna missbrukare.*
- Prop. 1988/89:124. *Om vissa tvångsmedelsfrågor.*
- Prop. 1988/89:5. *Förslag om ny smittskyddslag m.m.*
- Prop. 1990/91:117. *Om en ny kommunallag.*
- Prop. 1990/91:58. *Om psykiatrisk tvångsvård, m.m.*
- Prop. 1990/91:96. *Om statsbidrag till missbrukarvård och ungdomsvård.*
- Prop. 1991/92:150. *Med förslag om slutgiltig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93 m.m.*
- Prop. 1992/93:61. *Om ändrad huvudmannaskap för vissa institutioner inom ungdomsvård och missbrukarvård m.m.*
- Prop. 1993/94:130. *Ändringar i brottsbalken m.m. (Ansvarsfrihetsgrunder m.m.)*
- Prop. 1993/94:24. *Förslag till ändrade regler om kroppsvisitation och kroppsbesiktning.*
- Prop. 1993/94:97. *Ansökningsförfarandet enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.*
- Prop. 1994/95:142. *Fosterdiagnostik och abort.*
- Prop. 1994/95:89. *Förslag till alkohollag.*
- Prop. 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen.*
- Prop. 1996/97:52. *Den kommunala redovisningen.*
- Prop. 1997/98:101. *Översyn av förvaltningsprocessen; en allmän regel om domstolsprövning av förvaltningsbeslut m.m.*
- Prop. 1997/98:105. *Det allmännas skadeståndsansvar.*
- Prop. 1997/98:108. *Hälsodata och vårdregister.*
- Prop. 1997/98:96. *Vissa reformer av påföljdssystemet.*
- Prop. 1998/99:134. *Vissa alkoholfrågor m.m.*

- Prop. 1999/2000:149. *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.*
- Prop. 1999/2000:44. *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.*
- Prop. 2000/01:20. *Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador.*
- Prop. 2000/01:80. *Ny socialtjänstlag m.m.*
- Prop. 2001/02:73. *Riksrevisionen - ändringar i regeringsformen.*
- Prop. 2001/02:91. *Nationell narkotikahandlingsplan.*
- Prop. 2002/03:1. *Budgetpropositionen för 2003.*
- Prop. 2002/03:20. *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet.*
- Prop. 2002/03:53. *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.*
- Prop. 2002/03:62. *Några förvaltningsrättsliga frågor.*
- Prop. 2003/04:1. *Budgetpropositionen för 2004.*
- Prop. 2003/04:3. *Allmän inpasseringskontroll i vissa kriminalvårdsanstalter och häkten.*
- Prop. 2003/04:30. *Ny smittskyddslag m.m.*
- Regeringens skrivelse 1997/98:155. *Utvecklingen inom den kommunala sektorn.*
- Riksdagens revisorer (2003a). *Statens styrning av kommunerna.* Förslag till riksdagen 2002/03:RR21.
- Riksdagens revisorer (2003b). *Vad ska man tro? Redovisning av statsbidrag till kommunerna.* Rapport 2002/03:14.
- Riksdagens revisorer (2003c). *Med tvång och god vilja – vad gör Statens institutionsstyrelse?* Förslag till riksdagen 2002/03:RR9.
- Riksrevisionsverket (1985). *Socialtjänstens institutioner. En granskning av den statliga regleringen och tillsynen.* Dnr 1985:300. Stockholm: Riksrevisionsverket.
- Romelsjö, Anders (2003). Subutexbehandling i Sverige – en första beskrivning. I: *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 20 (4): 255–259.
- Rosengren, Annette (2003). *Mellan ilska och hopp. Om hemlöshet, droger och kvinnor.* Stockholm: Carlsson bokförlag.
- Rosenqvist, Pia & Takala, Jukka-Pekka (1987). Two experiences with lay boards: the emergence of compulsory treatment of alcoholics in Sweden and Finland. I: *Contemporary Drug Problems*, Spring 1987:15–38.
- Rynning, Elisabeth (1994). *Samtycke till medicinsk vård och behandling: en rättsvetenskaplig studie.* Akademisk avhandling. Uppsala: Iustus förlag.

- Sahlin, Ingrid (1999). Systemskifte på botten våningen: från bostad till "boende". I: Bengtsson & Sandstedt (red.). *Bostadsinstitutets Årsbok 1999*.
- Sallmén, Björn (1999). *Compulsory treatment of alcoholics. Psychiatric comorbidity, psychological characteristics, coercive experiences and outcome*. Akademisk avhandling. Lund: Departments of Clinical Alcohol research and Psychology, University of Lund.
- Sallmén, Björn (2004). *Institutionsbaserad LVM-forskning – 10 år av forskning, utveckling och utvärdering vid Karlsvik*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (Kommande publikation).
- Segraeus, Vera (1993). *Var står vi? Ackumulerad kunskap och erfarenhet inom institutionell missbrukarvård, utifrån en dialog forskare–praktiker*. Rapport i socialt arbete nr 65. Socialhögskolan i Stockholm. Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet.
- Skårner, Anette & Regnér, Margareta (2003). "Det är dom här jag har och inte har" *Om LVM-vårdade narkotikamissbrukares sociala nätverk*. Forskningsrapport nr 1/2003. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Socialdepartementet (2002). *Att förebygga alkoholskador. En samlad politik för folkhälsa*.
- Socialstyrelsen (1985). *LVM. Lagen om vård av missbrukare i vissa fall*. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1982:6. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1989a). *Förändringar inom missbrukar- och ungdomsvården 1987 med anledning av nytt statsbidrag till missbrukarvården m.m.* SoS-rapport 1989:15 Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1989b). *LVM. Tillämpningen av lagen*. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1989:3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1993a). *Missbrukarvård till rätt pris?* Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:7. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1993b). *Effekter av offensiv narkomanvård*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:1. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1993c). *Alkohol och narkotika under graviditet. Vilka är riskerna för barnet?* SoS-rapport 1993:11. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1994a). *Missbrukarvårdens utveckling i Stockholms län*. Socialstyrelsens aktiva uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1994b). *Öppenvård för missbrukare*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:7. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (1996a). *Kursändring i missbrukarvården – mot öppna former*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1996b). *Psykiskt störda missbrukare*. SoS-rapport 1996:14. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1997a). *Utvecklingsmedel till missbrukarvården och ungdomsvården 1994-1996*. Socialtjänstgruppen/utvecklingsenheten. Stencil (daterad 1997-03-03).
- Socialstyrelsen (1997b). *Vad är psykisk sjukdom, störning, ohälsa och psykiskt frisk?* (underlagsrapport 1997:20 till Psykiatriuppföljningen, utarbetad av Per Borgå). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1998a). *Balans i missbrukarvården? Resurser och insatser i öppenvård och institutionsvård*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1998b). *Kvalitet inom missbrukarvård – ett försök att värdera kvalitet i kommuner i Jämtlands och Västernorrlands län*. Socialstyrelsens aktiva uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1998c). *Mer öppenvård – mindre institutionsvård. En studie av socialtjänstens insatser för socialt utslagna missbrukare 1992 och 1996*. Underlagsrapport till Balans i Missbrukarvården. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:3. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1999a). *Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:1. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1999b). *Personer med svår psykisk störning och missbruk*. Psykiatriuppföljningen 1999:1. (Rapporten är utarbetad av docent Agneta Öjehagen, Lunds universitet). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1999c). *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 31 mars 1999*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000). *Social tillsyn 1999. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2001a). *Social Rapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2001b). *Social tillsyn 2000. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2001c). *Rättssäkerhet inom äldreomsorgen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2001d). *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten*. SoS-rapport 2000:12. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2002a). *Vårdens värde. Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2002b). *Social tillsyn 2001. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2002c). *Personligt ombud. Teser och tips.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2002d). *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 2 april 2001.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003a). *Social tillsyn 2002. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003b). *Dödsorsaker 2001.* Statistik. Hälsa och sjukdomar 2003:6. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003c). *Missbrukare och övriga vuxna – insatser år 2002.* Statistik. Socialtjänst 2003:6.
- Socialstyrelsen (2003d). *Socialtjänsten i Sverige: en översikt.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003e). *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Rapport till regeringen för år två avseende det treåriga (2001–2003) regeringsuppdraget.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003f). *Att utbilda för utvärdering. En nationell kartläggning.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003g). *Mål och metoder. Att arbeta som personligt ombud.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2003h). *Metoder för missbrukarvården. ASI-intervjun i praktisk tillämpning.* CUS-rapport med Siv Nyström som redaktör. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialutskottet (2001). *Socialutskottets offentliga utfrågningar om samverkan inom psykiatriområdet. Den 13 november 2001.* Utredningar från riksdagen 2001/02: URD1.
- SOSFS 1997:6 (S). *Tillämpning av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.* Allmänna råd.
- SOU 1967:36. *Nykterhetsvårdens läge.* Betänkande av 1964 års Nykterhetsvårdsundersökning.
- SOU 1974:39. *Socialvården – Mål och medel.* Principbetänkande av Socialutredningen.
- SOU 1975:75. *Medborgerliga fri- och rättigheter: regeringsformen.* Betänkande av 1973 års Fri- och rättighetsutredning.
- SOU 1977:40. *Socialtjänst och socialförsäkringstillägg: lagar och motiv.* Slutbetänkande av Socialutredningen.
- SOU 1979:63. *Barnens rätt.* Betänkande av Utredningen om barnens rätt.

- SOU 1981:7. *LVM: Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. Delbetänkande av Socialberedningen.
- SOU 1987:11. *Skydd för det väntade barnet delbetänkande 1, Åtgärder vid missbruk m.m. under graviditet*. Delbetänkande av Utredningen om det ofödda barnet.
- SOU 1987:22. *Missbrukarna Socialtjänsten Tvånget*. Betänkande av Socialberedningen.
- SOU 1988:7. *Frihet från ansvar: om legalitetsprincipen och om allmänna grunder för ansvarsfrihet*. Slutbetänkande av Fängelsestraffkommittén.
- SOU 1989:51. *Den gravida kvinnan och fostret – två individer*. Slutbetänkande av Utredningen om det ofödda barnet.
- SOU 1991:98. *Kommunal ekonomi i samhällsekonomisk balans: statsbidrag för ökat handlingsutrymme och nya samarbetsformer*. Betänkande av Kommunalekonomiska kommittén.
- SOU 1992:3. *Psykiskt stördas situation i kommunerna – en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv*. Rapport från Psykiatriutredningen.
- SOU 1992:18. *Tvångsvård i socialtjänsten: ansvar och innehåll*. Betänkande av IUM-utredningen om tvångsinstitutioner inom socialtjänsten.
- SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet: service, stöd och vård för psykiskt störda*. Slutbetänkande av Psykiatriutredningen.
- SOU 1993:31. *Kommunernas roll på alkoholområdet och inom missbrukarvården: förslag till ändringar i lagen om handel med drycker (LHD) och i lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)*. Betänkande av LHD/LVM-utredningen.
- SOU 1993:40. *Fri- och rättighetsfrågor*. Delbetänkande av Fri- och rättighetskommittén.
- SOU 1993:82. *Frivilligt socialt arbete: kartläggning och kunskapsöversikt*. Rapport av Socialtjänstkommittén.
- SOU 1994:24. *Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden*. Huvudbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen.
- SOU 1994:28. *Kvinnor och alkohol*. Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen.
- SOU 1994:139. *Ny socialtjänstlag*. Huvudbetänkande av Socialtjänstkommittén.
- SOU 1995:47. *Tvångsmedel enligt 27 och 28 kap. RB samt polislagen*. Slutbetänkande av Polisrättsutredningen.

- SOU 1995:58. *Kompetens och kunskapsutveckling: om yrkesroller och arbetsfält inom socialtjänsten*. Delbetänkande av Socialtjänstkommittén.
- SOU 1995:98. *1990-talets bostadsmarknad: en första utvärdering*. Delbetänkande av Bostadspolitiska utredningen.
- SOU 1998:140. *Effektivitet och kvalitet i tvångsvården: fortsatt utveckling av Statens institutionsstyrelse (SiS)*. Slutbetänkande av Översynen av Statens institutionsstyrelsens organisationsstruktur, finansiella styrningar av verksamheten och framtida platsbehov – SiS-utredningen.
- SOU 1999:97. *Socialtjänst i utveckling*. Slutbetänkande av Socialtjänstutredningen.
- SOU 1999:109. *Behandling av personuppgifter inom socialtjänsten*. Betänkande av Socialdatautredningen.
- SOU 2000:3. *Välfärd vid vägskaål: utvecklingen under 1990-talet*. Delbetänkande av Kommittén Välfärdsbokslut.
- SOU 2000:114. *Samverkan: om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m.* Betänkande av Samverkansutredningen.
- SOU 2000:126. *Vägvalet: den narkotikapolitiska utmaningen*. Slutbetänkande av Narkotikakommissionen.
- SOU 2001:79. *Välfärdsbokslut för 1990-talet*. Slutbetänkande av Kommittén Välfärdsbokslut.
- SOU 2001:95. *Att motverka hemlöshet: en sammanhållen strategi för samhället*. Slutbetänkande av Kommittén för hemlösa.
- SOU 2001:97. *Regler för Riksrevisionen*. Betänkande av Utredningen om regler för Riksrevisionen.
- SOU 2002:3. *Psykisk störning, brott och ansvar*. Betänkande av Psykansvarskommittén.
- SOU 2002:121. *Skollag för kvalitet och likvärdighet*. Betänkande av 1999 års Skollagskommitté.
- SOU 2003:99. *Ny sekretesslag. Del 1 och 2*. Huvudbetänkande av Offentlighets- och sekretesskommittén.
- SOU 2003:126. *Förbättrad missbildningsövervakning*. Betänkande av Utredningen om förbättrade kunskaper om missbildningar m.m.
- Spak, Fredrik (2003). Oroande konsumtionsutveckling för alla – men osäkert om könsskillnaderna minskar. *Socialmedicinsk tidskrift* 80 (4): 294–297.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001). *Behandling av alkohol och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning*. Volym 1 och 2. Stockholm: SBU.

- Statens folkhälsoinstitut (2002). *Redovisning av regeringsuppdrag angående underlag till fortbildning för personal inom mödravårdsvården inriktad på att höja kunskapen om sambandet mellan alkoholkonsumtion under graviditet och fosterskador*. Skrivelse, dnr 56-01-0608.
- Statens institutionsstyrelse (1997). *SiS interna allmänna råd för verksamheten vid LVM-hemmen*. Internt allmänt råd från SiS 1997:1. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Statens institutionsstyrelse (2001). *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2000 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. Årsrapport DOK 00. Statens institutionsstyrelse följer upp och utvecklar 3/01. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Statens institutionsstyrelse (2001). *Verksamheten vid Statens institutionsstyrelse. Årsbok 2001*.
- Statens institutionsstyrelse (2003). *Genderpolicy för SiS*.
- Statens institutionsstyrelse (2003). *Verksamhetsplan. Budgetåret 2003*.
- Statens institutt for rusmiddelforskning (2001). *Rusmidler i Norge 2001*. Oslo: Sirus.
- Statens medicinsk-etiska råd (2000). *Om livets början*. Stockholm: SMER.
- Statistiska centralbyrån (2002). *Den offentliga sektorn. Bokslut för verksamhetsåret 2001*. Stockholm: SCB.
- Statistiska centralbyrån och Svenska kommunförbundet (2002). *Vad kostar verksamheten i din kommun? Bokslut 2001*. Stockholm: SCB och Svenska Kommunförbundet.
- Statistiska centralbyrån. (2002). *Den offentliga sektorn: bokslut för verksamhetsåret 2001*. Stockholm: SCB.
- Statskontoret (2003). *Statsbidragen till kommuner och landsting. En kartläggning och analys*. Rapport 2003:5. Stockholm: Statskontoret.
- Stenius, Kerstin (1999). *Privat och offentligt i svensk alkoholistvård: arbetsfördelning, samverkan och styrning under 1900-talet*. Akademisk avhandling. Lund: Arkiv förlag.
- Strömblad, Kerstin (2000). Fetalt alkoholsyndrom – onödigt lidande som inte blir ovanligare. Ögonen drabbade i upp till 90 procent av fallen. *Läkartidningen* 97: 5108-5110.
- Svenska Kommunförbundet (1984). *Bedöma, planera, värdera*.
- Svenska Kommunförbundet (1995). *Kommunerna fram till 2020*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Svenska Kommunförbundet (2003). *Kommunernas ekonomiska läge – november 2003*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.

- Svenska Psykiatriska Föreningen och SPRI (1998). *Tvångsvård – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Svensk Psykiatri nr 6. Stockholm: Spris förlag.
- Svensson, Bengt (2001). *Vård bakom låsta dörrar. Lunden, ett LVM-hem för kvinnor*. Forskningsrapport nr 1/2001. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Svensson, Bengt (2003). *Knarkare och plitar: tvångsvården inifrån*. Stockholm: Carlsson bokförlag.
- Svensson, Daniel (2001). *Levnadsförhållanden bland vårdade narkomaner 1987–1994 – en registerstudie*. Rapport nr 58, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm: CAN.
- Söderpalm, Bo (2003). Riskfaktorer för hög alkoholkonsumtion under ungdomsåren. *Socialmedicinsk tidskrift* 80 (4): 298–302.
- Søvig, Karl Harald (1999). *Tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Tengvald, Karin & Andréasson, Sven (1999). Perspektiv på uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom missbrukarvården. I: Berglund, Mats et al. *Dokumentation inom missbrukarvården*, s. 18–32. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete och Liber.
- Tännsjö, Torbjörn (1995). *Tvång i vården*. Stockholm: Thales.
- Tännsjö, Torbjörn (1999, 2002). *Tvångsvård: om det fria valets etik i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Thales.
- Tärnegård, Andreas (2000). *Socialtjänstens hantering av klienter med psykiatrisk komorbiditet – en aktstudie vid missbruksenheten i Östersund*. C-uppsats. Östersund: Institutionen för socialt arbete, Mitthögskolan.
- Utrikesdepartementet (2003). Europarådets antitortyrkommittés (CPT) slutliga rapport från besöket i Sverige 28 januari–5 februari 2003.
- Varg, Nils (red.) (2003). *Perspektiv på kunskapsutveckling inom socialtjänsten. En antologi*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Warnling-Nerep, Wiweka (2000). ”Påtvingat kroppsligt ingrepp” (RF 2:6) och JO:s rättsvägledande funktion. *Förvaltningsrättslig tidskrift* 2002 s. 19–42.
- Vedung, Evert (1998). *Utvärdering i politik och förvaltning*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Volckerts, Joachim (1998). *Drogberoende: psykologi, terapi*. Stockholm: Carlsson bokförlag.
- Wetterberg, Gunnar (2000). *Kommunerna*. Andra uppl. Stockholm: SNS förlag.

- Yohanes, Lena & Angelin, Anna & Giertz, Anders & Swärd, Hans (2002). *”De kommer ut fräscha och fina”. Om tvång och hemlöshet.* Forskningsrapport nr 4/2002. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.
- Öjehagen, Agneta & Schaar, Ingela (2004, kommande). *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruk.* (Kommer publiceras av Socialstyrelsen).
- Öjehagen, Agneta & Berglund, Mats (2000). Psykiskt störda missbrukare. I: Berglund, Mats et al. *Behandling av alkoholproblem: en kunskapsöversikt*, s. 240–262. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete och Liber.
- Öjehagen, Agneta (1998). Samtidigt beroende och psykisk störning – en aktuell forskningsöversikt. I: Gerdner, Arne & Sundin, Örjan (red.) *Dubbeltrubbel – nya rön och erfarenheter i diagnostik och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*, s. 27–38. Örebro: Statens Institutionsstyrelse och Runnagården.
- Öjehagen, Agneta (1999). Om människor med dubbla diagnoser. I: Socialvetenskapliga forskningsrådet (red.). *Alkohol och narkotika – politik, vård och dilemman*, s. 103–116. Stockholm: SFR.
- Österling, Agneta (2002). Gravid och missbrukare. I: Leissner, Tom & Hedin, Ulla-Carin (red.). *Könsperspektiv på missbruk*, s. 95–107. Stockholm: Bjurner och Bruno.

Övrigt

JO:s beslut

Länsrättsdomar

Enskilda tillsynsärenden vid länsstyrelsernas sociala enheter