

Kommittédirektiv



Översyn av tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall **Dir 2002:10**

Beslut vid regeringssammanträde den 31 januari 2002.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppdrag att se över tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Utredaren skall analysera hur lagen har kommit att användas under 1990-talet, samt bedöma orsakerna till nedgången i antal beslut om LVM i dag jämfört med vad som var fallet vid införandet av 1988 års lag. Analysen bör göras mot bakgrund av utvecklingen av missbrukarvården i stort samt med en bedömning av vad utvecklingen kan ha inneburit för den enskilde missbrukaren. I uppdraget ingår också att analysera orsakerna till ökningen av såväl antalet omedelbara omhändertaganden som antalet omedelbara omhändertaganden som inte följs upp med ansökan om vård, samt vad denna utveckling kan ha inneburit för den enskilde missbrukaren. Utredaren skall också överväga om LVM i sin nuvarande utformning motsvarar de höga krav på rättssäkerhet som måste ställas på åtgärder som kan vidtas mot en enskild mot dennes vilja.

Bakgrund

Kommunerna ansvarar enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, för att förebygga missbruk och för den långsiktiga rehabiliteringen av missbrukare. Avgiftning, psykiska komplikationer i samband med missbruk samt substitutionsbehandling är främst ett ansvar för hälso- och sjukvården. Vård till en missbrukare skall normalt ges i samförstånd med honom eller henne, med stöd av SoL. I den mån vården inte kan komma till stånd på frivillig väg ger LVM möjlighet

att under vissa förutsättningar använda tvångsvård. LVM trädde i kraft den 1 januari 1989 och ersatte tidigare lag (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall. I lagen infördes tvingande bestämmelser för socialnämnden på så sätt att socialnämnden *skall* ansöka om beredande av tvångsvård om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda. Lagen medger i förhållande till den tidigare vidgade möjligheter till ingripande och möjlighet till längre vårdtider. Förändringen innebar bl.a. förskjutning från en lag som medgav akuta insatser till en lagstiftning med ökat utrymme för vård och behandling. Syftet med vården är att motivera missbrukaren till att frivilligt medverka till fortsatt behandling.

Tvångsvården genomgick under 1994 två betydande förändringar. Dels övertog socialnämnderna ansvaret för utrednings- och ansökningsförfarandet från länsstyrelserna, dels tog Statens institutionsstyrelse (SiS) över huvudmannaskapet för vården från kommunerna. Ett skäl till att ändra huvudmannaskapet var att man ville öka möjligheterna att differentiera och specialisera vården. SiS tog över samtliga s.k. LVM-hem som var inrättade för särskilt noggrann tillsyn enligt 23 § LVM samt ett hem som inrättats enligt 22 § LVM. Det innebar att SiS tog över 25 av totalt 38 LVM-hem. Av totalt omkring 1 300 vårdplatser övergick 941 till SiS. Skälet till att minska antalet platser var att efterfrågan på vård enligt LVM minskat, vilket i sin tur antogs bero på kommunernas kraftigt försämrade ekonomi.

Missbrukarvårdens utveckling

Under hotet av en aids-epidemi bland missbrukare i mitten av 1980-talet skedde en kraftig utbyggnad och förstärkning av institutionsvården genom riktade statliga bidrag. Förstärkningen gällde både den vård som gavs på frivillig basis och tvångsvården. Kulmen nåddes under 1991, då antalet personer som vårdades i institutionsvård en viss mättdag uppgick till drygt 5 000, varav knappt 750 i tvångsvård. Sedan dess har antalet missbrukare i institutionsvård successivt sjunkit. Mest märkbart har detta varit inom tvångsvården där antalet vårdade har minskat med omkring två tredjedelar. Den 1 november 2000 vårdades 251 personer med stöd av LVM och drygt 3 200 med stöd av SoL. Nedgången i tvångsvården har främst gällt alkoholmissbrukarna, medan andelen tvångsvårdade narkotikamissbrukare har varit relativt konstant. Andelen kvinnor i vård

enligt LVM ökade något under 1990-talet, från 23 procent under 1990 till 29 procent under 2000.

Utvecklingen under 1990-talet präglades främst av en ökad satsning på vård i öppna former. I dag sker omkring 80 procent av insatserna i öppenvård. Det saknas dock i allt väsentligt underlag för att bedöma om insatsernas innehåll, omfattning och kvalitet är väl avvägda i förhållande till missbrukarnas behov. Enligt Socialstyrelsens rapport *Balans i missbrukarvården* (1998) skedde det ingen allmän neddragning av resurser och insatser inom missbrukarvården mellan 1994 och 1997. Mycket tydde dock på att kommunerna hade minskat sina insatser inom detta område i början av 1990-talet. Nedgången i tvångsvården bedömdes då ha kompensats av andra insatser. I rapporten redovisas en studie av öppenvården i två län som visar att de tunga missbrukarna kom i åtnjutande av ganska få insatser, och att resultaten av dem sällan utvärderats. Enligt Socialstyrelsen har det också skett en förskjutning mot mer akutstyrd verksamhet. Det finns dock stora regionala skillnader i fråga om insatser för tunga missbrukare.

Ökat missbruk

Parallellt med utvecklingen inom missbrukarvården har det tunga missbruket ökat. Enligt den s.k. Max-undersökningen från 2001 som har genomförts av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning på regeringens uppdrag, ökade antalet tunga narkotikamissbrukare under 1990-talet, från omkring 19 000 år 1992 till omkring 26 000 år 1998. Narkotikamissbruk bedöms i undersökningen som tungt om en person under de senaste 12 månaderna injicerat narkotika någon gång eller använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen de senaste fyra veckorna, oavsett intagnings-sätt. Uppgifter från årliga drogvaneundersökningar bland skolelever i årskurs 9 pekar också på en ökad erfarenhet av eget bruk av narkotika och alkohol bland ungdomar under 1990-talet. År 2001 uppgav 8–9 procent av skoleleverna att de någon gång provat narkotika, vilket är en fördubbling av de nivåer som gällde 1989–90. Alkoholkonsumtionen har ökat totalt i landet sedan 1998, framför allt bland ungdomar. Forskare har i olika sammanhang bedömt att omkring 10 procent av de vuxna männen sannolikt är högkonsumenter av alkohol. Vad uppgifterna om utvecklingen av alkoholkonsumtionen och det tunga narkotikamissbruket betyder för

vårdbehovet är dock inte känt. Det finns knappast några objektiva kriterier för när det finns ett vårdbehov. Det är i regel en fråga om bedömningar, gjorda av missbrukaren själv, dennes anhöriga, andra myndigheter och, inte minst, av socialtjänsten som skall tillhandahålla vården.

Beredande av vård och vårdens genomförande

Bestämmelser i 13 § LVM medger att socialnämnden eller polismyndigheten under vissa förutsättningar får besluta om omedelbart omhändertagande av missbrukare. Ett sådant beslut skall genast underställas länsrätten, som inom en kort tidsfrist skall fastställa eller upphäva beslutet. Om beslutet fastställs skall socialnämnden inom en vecka ansöka om tvångsvård. Beslut enligt denna bestämmelse har blivit allt vanligare. År 1999 inleddes vård enligt lagen med omedelbart omhändertagande i drygt 70 procent av fallen, mot 45 procent under 1989. Andelen omedelbara omhändertaganden som inte fullföljs med någon vårdansökan har också ökat kraftigt, från knappt 15 procent under 1989 till nästan 30 procent under 1999. Anledningen till den kraftiga ökningen av omedelbara omhändertaganden är inte känd. Det är inte heller känt varför antalet omedelbara omhändertaganden som inte fullföljs med någon vårdansökan har ökat. Det kan tyda på att lagen i ökad utsträckning används för tvångsavgiftning i stället för motivations- och vårdinsatser i enlighet med intentionerna bakom lagen.

Syftet med tvångsvården är att motivera missbrukaren att frivilligt medverka till fortsatt behandling. Den intagne skall så snart det är möjligt ur behandlingssynpunkt erbjudas vård i annan form utanför LVM-hemmet med stöd av 27 § LVM. Målet är att en sådan placering skall ske inom tre månader. Trots en nedgång av antalet inskrivna för vård enligt lagen har antalet utskrivna till vård i annan form enligt bestämmelserna i 27 § ökat under senare år, från 450 år 1997 till drygt 600 år 2000. Av samtliga utskrivna för sådan vård under 2000 skedde drygt hälften inom tremånadersgränsen. Andelen var i stort sett densamma åren innan.

För genomförande av vården finns i lagen bestämmelser som ger LVM-hemmen befogenhet att under särskilda förutsättningar inkräkta på den enskildes person och egendom. Bestämmelserna innefattar förbud mot att inneha viss egendom och att sådan egendom får omhändertas och i vissa fall förstöras eller försäljas. Perso-

nalen vid LVM-hemmen ges också befogenhet att företa kroppsvitiation och ytlig kroppsbesiktning, att ytterligare begränsa den intagnes rörelsefrihet samt att kontrollera försändelser som sänds till honom eller henne. Genom ändringar i LVM som trädde i kraft den 1 juli 2001 har bestämmelser om tvångsåtgärder som får vidtas mot en intagen flyttats från den då gällande socialtjänstförordningen (1981:750) till LVM. Det är bestämmelser om rätten att ta emot besök och telefonsamtal, beslut om vård vid låsbar enhet samt beslut om avskiljning. Samtidigt infördes en bestämmelse i LVM om skyldigheten att på uppmaning lämna blod-, utandnings- eller urinprov för kontroll av drogfrihet.

Uppdraget

Missbrukarvården omstrukturerades under 1990-talet, från institutionsvård till öppenvård, och från tvångsvård till frivilligvård. Tydligast syns utvecklingen inom tvångsvården, som har gått ner mycket kraftigt. Den närmare anledningen till detta samt vad utvecklingen betyder för den enskilde missbrukaren och dennes möjlighet att få sina vårdbehov tillgodosedda är dock inte närmare känt. Utredaren skall analysera de faktorer som kan tänkas ligga bakom utvecklingen och bedöma hur den påverkat de socialt mest utsatta missbrukarna. Analysen skall göras mot bakgrund av missbrukets och missbrukarvårdens utveckling under perioden. Av särskilt intresse är socialtjänstens bedömning av missbrukarens vårdbehov, vårdens innehåll och förväntade resultat samt de ekonomiska prioriteringar som ligger bakom valet av vårdform. Samspelet mellan SiS och socialtjänsten vad gäller vårdens och eftervårdens utformning skall också belysas. Utredaren bör också beakta kommunaliseringen av utredning och ansökan om vård 1994, och överväga i vilken mån den har haft betydelse för utvecklingen.

Det måste ställas mycket höga rättssäkerhetskrav på åtgärder som kan vidtas mot en person mot dennes vilja, även om syftet är gott och för hans eller hennes bästa. Frågan om tvångsvård innehåller många rättssäkerhetsaspekter. Det gäller hela processen, från det att utredningsförfarandet inleds till dess att vården avslutas. Utredaren skall med den utgångspunkten analysera och bedöma varför antalet omedelbara omhändertaganden gått upp så kraftigt och varför de allt mer sällan fullföljs med en ansökan om vård.

Utredaren skall också bilda sig en uppfattning om dels användningen av tvångsmedel inom vården, dels om huruvida de särskilda befogenheter att använda tvångsmedel som LVM ger är ändamålsenligt och rättssäkert utformade. Bedömningen skall göras mot bakgrund av Sveriges internationella åtaganden på området för mänskliga rättigheter. Som exempel på folkrättsligt bindande åtaganden som bl.a. rör skyddet för enskildas personliga integritet kan nämnas den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, som dessutom gäller som lag i Sverige. Vid behov skall utredaren föreslå de författningsändringar som kan anses motiverade. Om utredaren föreslår författningsändringar skall fullständiga förslag lämnas.

Utredaren skall mot bakgrund av sin analys föreslå förändringar som kan bidra till att stärka rättsskyddet för den enskilde och till att förbättra insatserna så att dessa är relevanta för den enskilde missbrukarens vårdbehov samt ges i rätt tid och rätt omfattning.

Arbetsformer

Utredningen skall genomföras i nära kontakt med socialtjänsten som svarar för utredning och ansökan om tvångsvård, med SiS som svarar för vårdens genomförande samt med Socialstyrelsen. Utredaren skall också ha kontakt med frivilligorganisationer som företräder missbrukarna.

Övrigt

Det står utredaren fritt att också ta upp andra näraliggande frågor än dem som preciseras i direktiven om de kan bidra till att de mest utsatta missbrukarnas vårdbehov tillgodoses och att deras rättssäkerhet stärks. Innebär utredningens överväganden att författningsreglering eller ändring av gällande författningar bör ske skall förslag till sådan reglering eller ändring lämnas.

Uppdraget skall redovisas senast den 1 juli 2003.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv



**Tilläggsdirektiv till Utredningen om
översyn av tillämpningen av lagen
(1988:870) om vård av missbrukare i
vissa fall (S 2002:04)**

**Dir
2003:14**

Beslut vid regeringssammanträde den 23 januari 2003.

Förlängd tid för uppdraget

Med stöd av regeringens bemyndigande den 31 januari 2002 tillkallade chefen för Socialdepartementet en särskild utredare med uppdrag att se över tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (dir. 2002:10). Utredningen skall enligt direktiven redovisa sitt uppdrag senast den 1 juli 2003. Utredningstiden förlängs, vilket innebär att utredningen skall redovisa sitt uppdrag senast den 1 december 2003.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv



**Tilläggsdirektiv till Utredningen om
översyn av tillämpningen av lagen
(1988:870) om vård av missbrukare i
vissa fall (S 2002:04)**

**Dir
2003:149**

Beslut vid regeringssammanträde den 20 november 2003.

Förlängd tid för uppdraget

Med stöd av regeringens bemyndigande den 31 januari 2002 tillkallade chefen för Socialdepartementet en särskild utredare med uppdrag att se över tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (dir. 2002:10). I tilläggsdirektiv den 23 januari 2003 beslutade regeringen om förlängning av utredningstiden till den 1 december 2003 (dir. 2003:14). Utredningstiden förlängs ytterligare, vilket innebär att utredningen skall redovisa sitt uppdrag senast den 13 januari 2004.

(Socialdepartementet)

Svenska Kommunförbundets kommungruppsindelning

Storstäder (3)	Förorts- kommuner (36)	Större städer (26)	Medelstora städer (40)	Industri- kommuner (53)	Landsbygds- kommuner (30)	Glesbygds- kommuner (29)	Övriga större- kommuner (31)	Övriga mindre kommuner (42)
Göteborg	Ale	Borås	Alingsås	Arboga	Aneby	Arjeplog	Alvesta	Askersund
Malmö	Bollebygd	Eskilstuna	Avesta	Bengtstors	Borgholm	Arvidsjaur	Arvika	Dals-Ed
Stockholm	Botkyrka	Falun	Boden	Bjuv	Båstad	Berg	Bollnäs	Eda
	Burlöv	Gävle	Borlänge	Boxholm	Essunga	Bjurholm	Eksjö	Forshaga
	Danderyd	Halmstad	Eslöv	Bromölla	Färgelanda	Bräcke	Enköping	Gagnef
	Ekerö	Helsingborg	Falkenberg	Degerfors	Gotland	Dorotea	Flen	Gnesta
	Haninge	Jönköping	Falköping	Emmaboda	Grästorps	Härjedalen	Hallsberg	Habo
	Huddinge	Kalmar	Gällivare	Fagersta	Heby	Jokkmokk	Hallstahammar	Hagfors
	Håbo	Karlskrona	Hudiksvall	Filipstad	Högsby	Krokom	Hedemora	Hammarö
	Härreda	Karlstad	Härnösand	Finspång	Hörby	Lycksele	Kalix	Haparanda
	Järfälla	Kristianstad	Hässleholm	Gislaved	Kinda	Malung	Klippan	Hjo
	Kungsbacka	Linköping	Höganäs	Gnosjö	Laholm	Malå	Kramfors	Höör
	Kungälv	Luleå	Karlshamn	Grums	Lekeberg	Norsjö	Kävlinge	Karlsborg
	Lerum	Lund	Katrineholm	Gullspång	Ljusdal	Orsa	Leksand	Kil
	Lidingö	Norrköping	Kiruna	Götene	Mellerud	Pajala	Lysekil	Knivsta
	Lomma	Skellefteå	Kristinehamn	Herrljunga	Mörbylånga	Ragunda	Mark	Ljusnarsberg
	Mölnadal	Sundsvall	Köping	Hofors	Ockelbo	Sorsele	Norrtilje	Mullsjö
	Nacka	Södertälje	Landskrona	Hultsfred	Ovanåker	Storuman	Orust	Munkedal
	Partille	Umeå	Lidköping	Hylte	Robertsfors	Strömsund	Sala	Nora
	Salem	Uppsala	Lindesberg	Hällefors	Sjöbo	Torsby	Simrishamn	Nordanstig
	Skurup	Varberg	Ludvika	Karlskoga	Svalöv	Vansbro	Skara	Nordmaling
	Solentuna	Västerås	Mariestad	Kumla	Tanum	Vilhelmina	Sollefteå	Nykvarn
	Solna	Växjö	Mjölby	Kungsör	Tierp	Vindeln	Stenungsund	Rättvik
	Staffanstorps	Örebro	Mora	Laxå	Tomelilla	Ånge	Säffle	Sotenäs
	Sundbyberg	Örnsköldsvik	Motala	Lessebo	Torsås	Åre	Sölvesborg	Strömstad
	Svedala	Östersund	Nyköping	Lilla Edet	Töreboda	Åsele	Timrå	Sunne
	Tyresö		Nynäshamn	Ljungby	Valdemarsvik	Älvdalen	Tranås	Svenljunga
	Täby		Nässjö	Markaryd	Vara	Överkalix	Ulricehamn	Säter
	Upplands- Bro		Piteå	Munkfors	Ydre	Övertorneå	Vimmerby	Sävsjö
	Upplands Väsby		Ronneby	Mönsterås	Ödeshög		Älmhult	Söderköping

Vallentuna	Sigtuna	Norberg	Östhammar	Tingsryd
Vaxholm	Skövde	Nybro		Tjörn
Vellinge	Strängnäs	Olofström		Trosa
Värmdö	Söderhamn	Osby		Vadstena
Öckerö	Trelleborg	Oskarshamn		Vingåker
Österåker	Uddevalla	Oxelösund		Vårgårda
	Vänersborg	Perstorp		Vännäs
	Västervik	Sandviken		Åmål
	Ystad	Skinnskatteberg		Årjäng
	Ängelholm	Smedjebacken		Åtvidaberg
		Storfors		Älvkarleby
		Surahammar		Älvsbyn
		Tibro		
		Tidaholm		
		Tranemo		
		Trollhättan		
		Uppvidinge		
		Vaggeryd		
		Vetlanda		
		Värnamo		
		Åstorp		
		Örkelljunga		
		Östra Göinge		

Redovisning av data avseende vissa figurer i betänkandet

Figur 2:3-2:5

Nettokostnad per invånare för missbrukarvården (21–64 år): totalt, institutionsvården samt öppna insatser. Fastprisberäknade i 2002 års prisnivå enligt Konsumtionsindex för övrig social omsorg.

	1998	1999	2000	2001	2002
	<i>Totalt</i>				
Riket	819	762	775	798	767
Storstäder	1280	1175	1179	1288	1126
Förorter	584	585	610	642	625
Större städer	1045	888	894	877	872
Medelstora städer	626	632	657	675	680
Industrikommuner	543	562	587	579	558
Landsbygdskommuner	470	482	601	577	596
Glesbygdskommuner	426	470	451	417	413
Övriga, större kommuner	551	535	497	508	543
Övriga, mindre kommuner	515	505	464	498	481
	<i>Inst vård</i>				
Riket	407	385	399	405	378
Storstäder	703	628	626	637	543
Förorter	332	330	352	380	343
Större städer	441	398	404	417	393
Medelstora städer	317	306	342	335	335
Industrikommuner	289	275	302	304	297
Landsbygdskommuner	281	292	386	339	324
Glesbygdskommuner	174	221	258	223	245
Övriga, större kommuner	235	284	263	247	271
Övriga, mindre kommuner	318	315	278	285	294

	Öppna insatser				
	1996	1997	1998	1999	2002
Riket	382	347	348	367	367
Storstäder	522	490	494	593	547
Förorter	229	233	239	238	256
Större städer	574	457	461	444	460
Medelstora städer	282	303	299	320	329
Industrikommuner	234	271	273	267	246
Landsbygdskommuner	160	168	195	211	248
Glesbygdskommuner	248	226	177	168	157
Övriga, större kommuner	295	235	219	241	246
Övriga, mindre kommuner	182	172	171	190	170

Figur 2:6

Antal personer med LVM-insatser per 10 000 invånare i landet under perioden 1996-2002.

År	Antal personer med LVM-insatser/10 000 inv	95 % konfidensintervall
1996	1,08	(1,01-1,15)
1997	0,93	(0,87-1,00)
1998	0,97	(0,90-1,03)
1999	1,01	(0,94-1,07)
2000	0,91	(0,84-0,97)
2001	0,97	(0,91-1,04)
2002	0,99	(0,92-1,05)
Totalt	0,98	(0,95-1,00)

Figur 2:7

Antal personer med LVM-insatser per 10 000 invånare och per län under perioden 1996-2002.

	<i>Antal personer med LVM-insatser per 10 000 inv</i>	<i>95 % konfidensintervall</i>
Stockholms län	1,09	(1,02 - 1,16)
Uppsala län	0,76	(0,62 - 0,91)
Södermanlands län	0,83	(0,67 - 0,98)
Östergötlands län	1,48	(1,31 - 1,65)
Jönköpings län	1,15	(0,99 - 1,32)
Kronobergs län	0,49	(0,34 - 0,64)
Kalmar län	0,70	(0,55 - 0,85)
Gotlands län	1,75	(1,23 - 2,27)
Blekinge län	0,73	(0,55 - 0,92)
Skåne län	0,69	(0,62 - 0,76)
Hallands län	0,68	(0,54 - 0,82)
Västra Götalands län	0,87	(0,80 - 0,94)
Värmlands län	0,74	(0,60 - 0,89)
Örebro län	1,36	(1,17 - 1,56)
Västmanlands län	0,78	(0,63 - 0,94)
Dalarnas län	1,28	(1,09 - 1,47)
Gävleborgs län	0,99	(0,82 - 1,15)
Västernorrlands län	1,43	(1,22 - 1,65)
Jämtlands län	1,38	(1,09 - 1,66)
Västerbottens län	1,00	(0,82 - 1,17)
Norrbottnens län	0,71	(0,57 - 0,86)
Riket totalt	0,95	(0,93 - 0,98)

Figur 2:8

Antal personer med LVM-insatser per 10 000 invånare och per kommungrupp under perioden 1996-2002.

	<i>Antal personer med LVM- insatser/10 000 inv</i>	<i>95 % konfidensintervall</i>
Storstäder	1,27	(1,21 - 1,34)
Förortskommuner	0,90	(0,84 - 0,96)
Större städer	1,14	(1,09 - 1,19)
Medelstora städer	0,93	(0,87 - 0,99)
Industrikommuner	0,77	(0,70 - 0,85)
Landsbygdskommuner	0,69	(0,59 - 0,79)
Glesbygdskommuner	0,93	(0,78 - 1,08)
Övriga större kommuner	0,79	(0,68 - 0,89)
Övriga mindre kommuner	0,79	(0,71 - 0,87)
Riket totalt	1,00	(0,97 - 1,02)

Figur 2:11

Dominerande missbruksmedel som angivits i socialnämndens ansökan om vård till länsrätten (uttryckt i procent).

År	<i>Alkohol</i>	<i>Narkotika</i>	<i>Alkohol + nark</i>	<i>Lösn medel eller i komb.</i>
1990	68,7	11,4	17,3	2,7
1991	75,5	13,3	9,9	1,3
1992	62,8	15,6	19,5	2,1
1993	60,2	20,3	17,9	1,5
1994	56,4	21,6	19,7	2,4
1995	52,7	24,0	20,0	3,3
1996	48,0	31,9	16,6	3,5
1997	47,1	30,2	18,8	3,9
1998	44,7	30,4	19,1	5,8
1999	39,7	34,1	18,8	7,4
2000	43,4	28,2	22,9	5,5
2001	40,3	32,7	20,8	6,1
2002	43,9	32,6	18,0	5,5

Figur 2:13

Andel omhändertagandebeslut under perioden 1990-2002 som fattats av socialnämnden, polismyndigheten och länsrätten.

	<i>Länsrätt</i>	<i>Polis</i>	<i>Socialnämnd</i>
1990	1,9	20,2	77,9
1991	2,5	18,7	78,8
1992	2,1	15,8	82,2
1993	2,0	16,8	81,2
1994	0,8	19,9	79,3
1995	1,0	16,7	82,3
1996	0,9	17,4	81,7
1997	0,3	14,6	85,0
1998	0,4	10,4	89,2
1999	0,1	13,2	86,6
2000	0,5	9,0	90,5
2001	0,4	9,4	90,2
2002	0,1	11,7	88,2

Figur 2:16

Andel personer av samtliga med LVM-insatser vilka under perioden 1996–2002 enbart har blivit omedelbart omhändertagna.

<i>År</i>	<i>andel</i>	<i>95 % konfidensintervall</i>
1996	28,11	(25,26-30,96)
1997	27,97	(24,91-31,03)
1998	26,64	(23,67-29,6)
1999	29,68	(26,68-32,67)
2000	27,74	(24,64-30,83)
2001	24,88	(22,01-27,76)
2002	25,65	(22,77-28,54)
Totalt	27,25	(26,13-28,37)

Figur 2:17

Andel personer länsvis som under perioden 1996-2002 enbart blivit omedelbart omhändertagna.

<i>Län</i>	<i>Andel med enbart omedelbart omhändertagande</i>	<i>95 %konfidensintervall</i>
Stockholms län	17,5	(15,51-19,48)
Uppsala län	28,82	(22,01-35,63)
Södermanlands län	25,63	(18,86-32,39)
Östergötlands län	20,54	(16,62-24,45)
Jönköpings län	20,16	(15,17-25,15)
Kronobergs län	18,64	(8,71-28,58)
Kalmar län	50,4	(41,63-59,17)
Gotlands län	45,31	(33,12-57,51)
Blekinge län	28,95	(18,75-39,14)
Skåne län	22,08	(18,54-25,61)
Hallands län	20,31	(13,34-27,28)
Västra Götalands län	17,75	(15,32-20,18)
Värmlands län	34,25	(26,55-41,94)
Örebro län	28,4	(22,89-33,92)
Västmanlands län	31,01	(23,80-38,23)
Dalarnas län	42,16	(36,25-48,08)
Gävleborgs län	43,07	(36,24-49,90)
Västernorrlands län	55,96	(50,11-61,80)
Jämtlands län	51,56	(42,90-60,22)
Västerbottens län	62,76	(55,99-69,52)
Norrbottens län	27,78	(19,96-35,60)
Riket totalt	27,25	(26,13-28,37)

Figur 2:18

Andel personer med LVM-insats som enbart har omfattats av omedelbart omhändertagande under åren 1996-2002, fördelat per kommungrupp.

<i>Kommungrupp</i>	<i>Andel med enbart omedelbart omhändertagande</i>	<i>95 % konfidensintervall</i>
Storstäder	16,7	(14,2-19,2)
Förortskommuner	16,6	(13,5-19,7)
Större städer	33,9	(31,3-36,4)
Medelstora städer	31,4	(27,6-35,2)
Industrikommuner	25,3	(20,5-30,2)
Landsbygdskommuner	35,0	(26,5-43,4)
Glesbygdskommuner	42,0	(32,3-51,7)
Övriga större kommuner	32,0	(26,1-37,8)
Övriga mindre kommuner	33,7	(26,5-41,0)
Riket	27,4	(26,0-28,7)

Kapitel 13

Faktoranalys av tolv påståenden om LVM

Vid principalkomponentanalys visade sig tre faktorer svara för 46,7 procent av variansen i svaren. Den roterade lösningen framgår av tabellen.

Tabell. Roterad komponentmatris (varimax) för påståenden om LVM. Endast högsta laddningar över 0,40 anges.

<i>Påstående</i>				
<i>Nr</i>	<i>Lydelse</i>	<i>Faktor 1</i>	<i>Faktor 2</i>	<i>Faktor 3</i>
3	Den missbruksrelaterade dödligheten skulle vara mycket högre utan LVM	0,75		
11	LVM behövs för att skydda missbrukarens anhöriga	0,66		
	Den missbruksrelaterade dödligheten skulle vara mycket lägre utan LVM	-0,60		
	LVM är ett nödvändigt inslag i missbrukarvården	0,55		
7	Utan LVM skulle det vara lättare att motivera en individ till frivillig vård.		0,71	
9	LVM skulle inte behövas om det fanns tillräckligt med resurser för avgiftning i frivilliga former		0,66	
6	Det går inte att motivera människor att förändra sitt liv under tvångsmässiga former		0,57	
2	Legalt tvång mot missbrukare är endast befogat i en akut situation för att rädda liv eller skydda närstående		0,46	
10	Tvångsingripanden är berättigade i ett akut livräddande syfte			
5	LVM innebär i sig en kränkning av individens integritet			0,76
12	Ett omedelbart omhändertagande enligt 13 § sätter individens rättssäkerhet ur spel			0,62
8	LVM-vårdens resultat skulle bli bättre om vårdtiden vore längre			-0,50

För ett av påståendena, nr 10, var enigheten närmast total, vilket medförde att ingen faktorladdning över 0,40 erhöles. Faktor 1 tycks samla påståenden som anger *olika skäl för LVM*, och där har påstående nr 4 en negativ laddning. Faktor 2 tycks samla påståenden som anger *olika skäl mot LVM* i dess nuvarande form. Faktor 3, slutligen, samlar olika påståenden som tar upp *problem med LVM*, där påstående nr 8 har negativ laddning.

Tre skalor med denna innebörd skapades som summativa index, dividerat med antalet påståenden i skalan. De påståenden som hade negativ laddning gavs omvänd kodning och överhoppade svar har getts det neutrala värdet 2,5. Därmed motsvarar värdet 4 på den första skalan att man instämmer helt med skälen för LVM, medan värdet 1 innebär att man tar helt avstånd från dem. Samma slags tolkning gäller de båda övriga två skalorna. Värdet 2,5 motsvarar ungefär "varken/eller".

Samhällets tvångsingripande vid missbruk sedan 1900-talets början – en översikt*

Inledning

Lagligt reglerad tvångsvård, dvs. möjligheten att tvångsomhänderta någon mot dennes uttryckliga samtycke, introducerades för första gången under 1850-talet och avsåg då sinnessjuka.¹ En särslagstiftning som enbart berörde alkoholister infördes däremot inte förrän 1916 när lagen (1913:102) om behandling av alkoholister trädde i kraft.

Den tidsmässiga diskrepansen mellan dessa två tvångsvårdslagar kan framför allt förklaras med att dryckenskap och fylleri länge betraktades som självförvällat, varför fylleri till skillnad från galenskap var straffbelagt.² I en debatt i riksdagen 1848 fördes en debatt om fyllerister skulle bli föremål för vård eller straff utifrån en motion där motionären, uppenbarligen influerad av läkaren Magnus Huss och dennes syn på alkoholism, menade att fylleri var en ”sjuklig företeelse” som därför skulle leda till vård och inte bestraffning. Lagutskottet var dock av motsatt uppfattning och pläderade för straff eftersom fylleri var en last som var och en kunde avhålla sig från om man bara ville.³

Även om den första tvångsvårdslagstiftningen introducerades först i slutet av 1850-talet var förekomsten av *andra* tvångsåtgärder

* Denna bilaga har författats av Weddig Runquist, sekreterare i LVM-utredningen.

¹ 1858 års stadga (1858:50) angående sinnessjukes behandling och vård.

² Fylleri kriminaliserades exempelvis redan 1733 och var så fram till 1977. Vid tillkomsten av 1913 års Alkoholistlag var Kungl. förordningen emot fylleri och dryckenskap af den 16 november 1841 (SFS 1841:58) i vissa delar alltjämt giltig. Om någon för fjärde gången dömdes till ansvar för fylleri skulle denne, enligt förordningen, förklaras ”oberättigad att delta i val eller väljas till sådana förrättningar, som innefatta medborgerligt förtroende”. Ett annat exempel är att om någon söp ihjäl sig så skulle han enligt lag (1894:36) jordfästas ”i stillhet” och inte åtnjuta jordfästning i vanlig ordning (s.k. högtidlig jordfästning). Vid jordfästning i stillhet ”böra endast närvara den dödes anhöriga /---/ samt de personer, hvilka äro oumbärliga för den dödes jordande. Ej må vid sådan jordfästning förekomma klockringning, sorgmusik, sång eller liktal” (7 §). Lagen ändrades dock 1908 varigenom de enda som framöver endast skulle jordfästas ”i stillhet” var den som ”blivit afrättad eller ljugit döden under föröfvande af groft brott” (SFS 1908:151).

³ Baseras på Björkman (2001), s. 128ff.

mot socialt avvikande personer (tiggare, lösdrivare) av äldre datum. Under Johan III:s regenttid utfärdade denne en resolution i början av 1573 enligt vilken huvudstadens styrande gavs tillstånd att utmönstra ”alt onyttigt folck /---/ som äre löse koner och annadt parti, som hvarken vele eller kunne gøre något gagn, utan dagligen öfve sigh udi skalckhet, last och skam”. Dessa människors utsatta belägenhet ansågs självförvållat och eftersom de betraktades som arbetsovilliga och lata skulle de fördrivas från huvudstaden. Denna inställning i slutet av 1500-talet markerade också ändrade värderingar från de styrandes sida gentemot fattiga och tiggare; de uppfattades nu enbart som arbetsovilliga och lata (Blom 1992, s. 54).

Samhällets syn på tiggeri och lösdriveri skärptes successivt under 1800-talet, även om naturligtvis långt ifrån alla alkoholister omfattades av dessa tvångsåtgärder. År 1885 ersattes lagen om försvarslösa med lag (1885:27) angående lösdrivares behandling enligt vilken människor som ”sysslolös stryker omkring från ort till annan utan medel för sitt uppehälle” (1 §) kunde anhållas och erhålla en varning. Om denne på nytt anhölls riskerade han eller hon att häktas och dömas till tvångsarbete upp till tre år vid allmän tvångsarbetsanstalt.⁴ Merparten av de som intogs på dessa anstalter uppgavs vara människor vilka ”genom dryckenskap råkat i det förfall, som fört dem dit”.⁵

Ett dominerande tema i debatten om den sociala frågan från 1820-talet och fram till 1870-talet var föreställningen om ”underklassens farlighet” (Petersson 1983). Underklassen uppfattades som *moraliskt* farlig, eftersom den ansågs ägna sig åt kriminalitet, fylleri, otukt, olydnad, lättja, lösdriveri etc.; *ekonomiskt* eftersom den låg samhället till last; *socialt* och *politiskt* eftersom den utgjorde ett hot mot samhällets grundvalar och en fara för bönderna och andra egendomsägande klasser. Historikern Birgit Petersson (1983) menar att denna typ av uppfattning ledde fram till krav på polisiära åtgärder, sträng uppsikt, en noggrann kontroll av underklassen, dvs. de fattiga i samhället.

⁴ De mest kända tvångsarbetsanstalterna var Svartsjö för män och Landskrona citadell för kvinnor.

⁵ Fattigvårdslagstiftningskommitténs betänkande I (1911), s. 30.

Framväxten av 1913 års alkoholistlag

Pådrivande och samverkande krafter

I slutet av 1800-talet aktualiserades i många europeiska länder frågan om alkoholens negativa konsekvenser för den enskilde och anhöriga men också som en ekonomisk börda för fattigvårdsstyrelsen i kommunen. Diskussionen tog fasta på alkoholpolitiska restriktioner för att exempelvis begränsa alkoholens tillgänglighet (förbud, statligt monopol etc.), men också på insatser för att bekämpa missbruket omfattning och skadeverkningar.⁶

Den första privata vårdanstalten i Sverige, för frivillig vård, etablerades 1891 i Uppsala (Sans Souci).⁷ I riksdagen väcktes 1889 den första motionen om en speciell lag för tvångsbehandling av drinkare. I motionen yrkade läkaren och nykterhetsmannen Erik Wilhelm Wretling att alkoholisterna ”som äro odugliga draga försorg om sig och de sina eller genom opålitlighet, elakhet och vildsinthet äro till fara för sig sjelfva eller andra” skulle kunna dömas till tvångsintagning på särskild anstalt under en period av högst 1 år.⁸

Även Sverige påverkades av den debatt som fördes i olika länder på kontinenten. En av de mer försiktiga uppskattningarna av brännvinsförbrukningen vid mitten av 1800-talet är cirka 20 liter per invånare och år (Nycander 1996). ”Brännvinsfloden var på väg att dränka landet och lamslå och ruinera dess befolkning”, noterar historikern Per Frånberg (1985) i en historisk exposé. Under svälten och lågkonjunkturen på 1860-talet sjönk brännvinskonsumtionen för att sedan under den begynnande industrialiseringen och järnvägsbyggandet åter skjuta i höjden. Genom 1907 års försälj-

⁶ Storbritannien var det land i Europa som först lagstiftade om behandling av alkoholisterna på särskilda anstalter, även om 1879 års lag om ”vanedrinkare” (*Habitual Drunkards Act 1879*) till skillnad från kommittéförslaget som föregått lagstiftningen inte innehöll någon särskild bestämmelse om tvångsintagning på anstalt. Lagen kompletterades 1898 med *Inebriates Act* enligt vilken ”vanedrinkare” som begått fylleriföreseelser mot sin vilja kunde interneras på särskilda förbättringsanstalter (*reformatories*). Se vidare Fattigvårdsvårdslagstiftningens betänkande I (1911) som innehåller en redogörelse för utländsk rätt. (Betänkandet offentliggjordes i december 1910 men publicerades först året därpå).

⁷ Däremot fanns det i början av förra århundradet överhuvudtaget inga vårdanstalter i kommunal eller statlig regi, utan de få anstalter som fanns drevs av stiftelser, föreningar eller kristna samfund (se vidare Stenius 1999, s. 59ff.). Björkman (2001) benämner dessa för ”privata kuranstalter” som fungerade som ”vilohem för frivilligt inskrivna drinkare” (s. 128). Sans Souci vände sig till bemedlade vårdtagare, och anstalten kunde erbjuda ”anordningar för kalla och varma bad. En större boksamling står till patienternas förfogande” (Fvlk I, 1911, s. 54).

⁸ AK, motion nr 1889:166. Intressant är att Lagutskottet i sitt yttranden ansåg att motionären hade förväxlat ”rätt och sedlighet”. Utskottet ansåg att en åt dryckenskap hemfallen person visserligen var ”en i sedligt afseende djupt sjunken människa”, men så länge denne inte begått något brott ”lärer staten icke böra mot honom vidtaga de af motionären föreslagna tvångsåtgärder” (Lagutskottets utlåtande nr 31, 1889).

ningsförordning hade totalkonsumtionen minskat något, men i varje fall de större ständerna var missbruket utbrett och antalet fylleriförseelser ökade (SOU 1974:90, kap. 7). Samtidigt var alkoholkonsumtionen inte lika hög vid sekelskiftet jämfört med mitten av 1850-talet. En tes som historikern Johan Edman för fram i sin avhandling *Torken* (2004) är emellertid att "alkoholfrågan har formulerats, konstruerats och förändrats som ett socialt problem under 1900-talet utifrån en mängd infallsvinklar och hänsynstaganden, och de så kallade objektiva sakförhållandena förmår bara förklara mindre delar av denna problematik (s. 30).

Helnykterhetsrörelsen, som hade vuxit kraftigt i omfattning och betydelse sedan 1870-talets slut, drev hårt en linje om totalt rusdrycksförbud. Stor betydelse för alkoholfrågans behandling i riksdagen hade det faktum att nykterhetsvännerna hade organiserat sig i en gemensam nykterhetsgrupp som 1903 uppgick till strax över 80 medlemmar (Fredriksson 1991, Johansson 1995). I slutet av 1910-talet var mer än hälften av riksdagsledamöterna organiserade i nykterhetsrörelsen (Edman 2004). 1911 års nykterhetskommitté, som dominerades av förbudsanhängare, föreslog i sitt betänkande från 1920 en lag om totalförbud,⁹ men i folkomröstningen två år senare förlorade förbudsanspråken med en knapp marginal.

Tre år i följd med början 1903 motionerade tre liberaler i riksdagens andra kammare om att Kungl. Maj:t efter utredning skulle lägga fram förslag till en lag som möjliggjorde internering av alkoholister även mot deras vilja på särskilda kuranstalter.¹⁰ Lagutskottet ansåg för sin del att framställningen var "i hög grad behjärtansvärdt". Andra kammaren ställde sig bakom utskottets hemställan om att utreda frågan, däremot inte första kammaren som anslöt sig till lagutskottets ordförande som ansåg "att det var motbjudande att en person som ej begått någon förbrytelse skulle kunna interneras under 18 månader och upp till två och kanske tre år". Samma procedur upprepades 1905 och 1906 när motionärerna återkom med en förnyad motion med samma innebörd. Vid båda dessa tillfällen reserverade sig högerledaren Ernst Trygger mot lagutskottets majoritet som hade ställt sig bakom motionen¹¹. Trygger framhöll

⁹ Ivan Bratt som ingick i kommittén reserverade sig mot detta förslag.

¹⁰ Motion AK, nr 83, 1903, av Curt Wallis, Jakob Pettersson och Ernst Beckman, som samtliga var aktiva nykterister. Wallis var läkare, Pettersson var borgmästare och utnämndes till socialminister i C G Ekmans första ministär (1926-28), Beckman var vid tidpunkten för motionerna ordförande i CSA och dessutom dess förste ordförande (1903-1915).

¹¹ AK, motion nr 1905:155; Lagutskottets utlåtande nr 37, 1905; AK, motion nr 1906:93; Lagutskottets utlåtande nr 34, 1906.

vid riksdagens behandling 1906, att ”denna lagstiftning innebär en synnerligen fara för den enskildes frihet”, men året dessförinnan ansåg han att lösdrivarlagen var tillräckligt för att komma till rätta med problemet. Andra kammaren dominerades vid denna tid av ”de socialpolitiskt intresserade liberalerna”, medan första kammaren dominerades av högern som ställde sig avvaktande till nya samhällsättaganden.¹²

När de tre liberalerna för fjärde gången (1907) väckte sin motion i riksdagen¹³ kompletterades den med en motion av Lorentz Petersson (h) i första kammaren med samma innebörd.¹⁴ Båda kammarna ställde sig nu bakom motionärernas yrkande om internering av alkoholmissbrukare.

En starkt bidragande orsak till denna förskjutning var tveklöst Centralförbundet för socialt arbetes (CSA) pådrivande roll i denna fråga (Rosenqvist 1985, Holgersson 1998). CSA var en filantropisk organisation som hade bildats 1903. Förbundet anordnade i oktober 1906 en fattigvårdskongress i Stockholm, vilken blev en betydande opinionsmässig manifestation med flera hundra deltagare (Lundquist 1997). Kongressen uttalade sig ”till förmån för tvångsinternering af sådana familjeförsörjare, hvilka på grund af alkoholism försumma sin försörjningsplikt”.¹⁵ Lagutskottet hänvisade till detta uttalande, och framhöll att ”uppenbarligen innebär detta (...) ett särdeles betydelsefullt vittnesbörd om den uppfattning och de önsknningar, som göra sig gällande hos dem, som till följd af sin verksamhet inom samhället ständigt sätts i tillfälle iakttaga alkoholismens fördärfbringande verkningar”.¹⁶

¹² Detta avsnitt baseras på Holgersson (1998), s. 108 ff; Björkman (2001), s. 49ff. En annan skiljelinje mellan FK och AK gick mellan förbudsvänner som hade en dominerande ställning i Andra kammaren respektive ett ”kompakt förbudsmotstånd” som kännetecknade Första kammaren (Johansson 1995, s. 73).

¹³ AK, motion nr 1907:140.

¹⁴ FK, motion nr 1907:15.

¹⁵ Fattigvårdslagstiftningskommitténs betänkande I (1911), s. 70.

¹⁶ Lagutskottets utlåtande nr 3, 1907.

Fattigvårdslagstiftningskommitténs förslag

Som ett resultat av riksdagsbeslutet tillsattes i juni 1907 Fattigvårdslagstiftningskommittén (Fvfk) av den nya ministären under Arvid Lindman. Fattigvårdslagstiftningskommittén leddes av Johan Widén, jurist och liberal politiker. Som historikern Johan Edman (2004) har framhållit var det ingen tillfällighet att just denna kommitté fick i uppdrag att utreda frågan om en alkoholistlag, eftersom den dominerande uppfattningen var att det sociala alkoholproblemet i första hand var en fråga som hade ett samband med underklassen. Fattigdom och dryckenskap sågs med andra ord som två sidor av samma mynt. Dryckenskap uppfattades vara den avgörande orsaken till människors fattigdom snarare än ekonomiska och strukturella missförhållanden. Detta var också CSA:s och Svenska Fattigvårdsförbundets linje.¹⁷

När Fattigvårdslagstiftningskommittén i december 1910 presenterade sitt betänkande *Förslag till lag om behandling af alkoholister* utgjorde förslaget en del av ett omfattande socialpolitiskt reformarbete som hade påbörjats i slutet av 1890-talet. Det socialpolitiska reformarbetet hade vid ingången av 1900-talet tagit sin början inom det sociala barnvårdsområdet. I riksdagen hade motioner väckts i slutet av 1800-talet där man talade sig varm för särskilda uppfostringsanstalter. Det fanns en oro för att förvildningen och vanarten skulle sänka och dra ner befolkningen till en lägre moralisk nivå (Swärd 1993). År 1896 tillsattes därför Tvångsuppfostringskommittén vars utredningar så småningom ledde fram till att riksdagen 1902 beslöt om den första samlade skyddslagstiftningen för de mest utsatta barnen.¹⁸ De åtgärder som Vanartslagen föranstaltade präglades av en "tumskruvsmetod" för att använda professor Bengt Börjesons målande uttryck. Likheterna mellan denna lag och 1931 års Alkoholistlag och 1954 års NvL är påfallande många och representerar en röd tråd genom 1900-talets lagstiftning på området: först lämpor, och om detta inte har avsedd verkan följer ett handfast samhällsingripande. Motsvarande trumskruvsmetod i ovan nämnda alkoholistlagstiftning bar Ivan Bratts signum, som inom

¹⁷ Fr.o.m. 1924: Svenska fattigvårds- och barnvårdsförbundet, vars förste ordförande för övrigt var Johan Widén, tidigare ordf. i Fattigvårdslagstiftningskommittén.

¹⁸ Lagarna trädde i kraft 1903: lag om fosterbarnsvård, lag angående uppfostran åt vanartade och i sedligt avseende försummade barn, samt lag om behandling av minderåriga förbrytare.

detta område motsvarades av vad Holgersson (1998) benämner för en "folkuppfostrande upptrappingsfilosofi" (s. 116).¹⁹

Utgångspunkten i Fvfk:s förslag var att skydda samhället mot de alkoholister som "stört ordningen i samhället eller eljest visat sig skadliga för detsamma" (s. 23):

Verkliga grunden för en tvångsinternering bör sökas däri, att vissa alkoholisters lefnadssätt medför *en fara eller allvarlig olägenhet för samhället* i ett eller annat afseende. (s. 95)

Förslaget till tvångsintagning avsåg emellertid inte alla personer som uppvisade ett alkoholmissbruk. Kommittén ansåg att man måste bortse från de fall där missbruket "allenast är något mera tillfälligt" och där personen "i regel sköter sig ordentligt" (s. 90). Den nya lagstiftningen tog fasta på personer vars missbruk "har antagits vanans form".²⁰ Fvfk ansåg, att dess förslag fyllde en funktion genom att man kunde omhänderta personer som annars riskerade hamna i ett ingenmansland, dvs. utan att någon av de existerande tvångsvårdslagarna var tillämpliga.

Kommittén introducerade rekvisitet *hemfallen åt dryckenskap* för att beteckna vanedrinkaren för vilken lagförslaget var tillämpligt. Kommittén framförde, i indirekt form, kritik mot att dessa alkoholister tämligen obehindrat hade fått fortsätta "sitt för samhället störande lefnadssätt", utan att det hade skett något ingripande. Samhällets reaktion hade inte varit tillfredsställande och "det är därför af behovet påkalladt, att en del av dem behandlas i annan ordning" (s. 95). Hemfallenhetsrekvisitet ifrågasattes av den statliga Nykterhetskommittén²¹ som förordade rekvisitet *begiven på dryckenskap*, eftersom det skulle omfatta en större personkrets. Sistnämnda kommitté tyckte att det var viktigt att ingripa med tvångsåtgärder på ett betydligt tidigare stadium. Justitieministern ville dock inte utöka personkretsen, förmodligen med hänsyn till ekonomiska skäl och en begränsad tillgång på anstaltsplatser.

¹⁹ Leif Holgersson var bl.a. sekreterare i 1964 års Nykterhetsvårdsundersökning som 1967 presenterade betänkandet *Nykterhetsvårdens läge* (SOU 1967:36).

²⁰ I betänkandet refererades till Magnus Huss begrepp kronisk alkoholsjukdom, som man ansåg numera hade en mer utvidgad innebörd, och även inkluderade fall när vederbörande "behärskas af ett sjukligt begär efter alkoholhaltiga drycker" (s. 92). En översiktlig men kortfattad redovisning av Huss och hans arbete återfinns bl.a. i Jean-Charles Sournias bok *A history of alcoholism* (1990), kapitel 4.

²¹ I denna ingick bl. a. Jakob Pettersson, riksdagsledamot i andra kammaren och en av undertecknarna av "1903 års motion" om tvångsinternering av alkoholister. Vidare ingick Ivan Bratt i kommittén.

Fvlk:s förslag och alkoholistlagen – några avgörande skillnader

I både de kommitterades förslag och i lagen anges att lagen är tillämplig när någon är farlig för annans personliga säkerhet eller sitt eget liv, eller utsätter sin hustru eller barn – för vilka han har försörjningsplikt – för nöd eller uppenbar vanvård.²² Därutöver hade kommittén föreslaget att lagen också skulle tillämpas när någon är ”oförmögen att vårda sina angelägenheter” med vilket man avsåg bostaden och arbetet/tjänsten samt en underlåtenhet att överhuvud taget arbeta.²³ Denna skrivning hade, om den vunnit gehör hos regeringen, även möjliggjort ”ingripande mot välsituerade alkoholmissbrukare” (Edman 2004, s. 37).

Detta förslag vann emellertid inget gehör hos justitieministern, och anledningen var samhällsskyddsaspekten inte var lika uttalad: ”... här ej kan tala om någon så omedelbart förestående fara för samhället” (prop. 1913:193 s. 37). Istället pekade departementschefen på möjligheten att omyndigförklara denna grupp av alkoholister som ett framtida tänkbart alternativ till tvångsvård, vilket för övrigt senare också infördes i början av 1920-talet.²⁴

Fattigvårdslagstiftningskommittén hade vidare föreslagit att den hemfallne alkoholisten som vid upprepade tillfällen dömts för fylleriförseelse skulle interneras, men departementschefen framhöll att den största delen av anstaltsplatserna skulle i så fall tas i anspråk av en grupp som ministern inte såg som den mest angelägna.

Fvlk hade föreslagit att i det fall ”farliga alkoholister” var i *trängande behov* av vård på alkoholanstalt kunde länsstyrelsen besluta om omedelbart omhändertagande utan att den intagne blivit ”hörd i ärendet” och i avvaktan på länsstyrelsens slutgiltiga beslut, förutsatt att det var kronofogde, länsman eller stadsfiskal som svarade för ansökan. Med farlig alkoholist (jfr prop. 1913:193, s. 56) avsågs en person som visat sig uppfylla rekvisitet allvarlig fara för eget liv eller annans personliga säkerhet. Några remissinstanser tyckte att sistnämnda begränsning var alltför begränsande. Det föranledde justitieministern att i propositionen fastslå, att syftet med interneringslagen var att tvångsvårda alkoholister för att ”i framtiden upprätta dem”, inte att ”skapa tillfälliga upptagningsanstalter och

²² I den slutgiltiga lagen (1913:109) hade ett tillägg skett med ”eller uppenbar vanvård”.

²³ Däremot tog Fvlk inte med som en interneringsgrund att den enskilde var oförmögen att sköta sig själv, eftersom det skulle innebära ”att hvarje vandedrinkare borde interneras” (s. 97).

²⁴ Förmynderskap visavi alkoholister infördes 1924, vilket innebar att dessa blev fråntagna sin rösträtt till riksdagen (se Björkman 2001, s. 62).

reglera intagandet där” (prop. 1913:193 s. 57). I Alkoholistlagen infördes i 5 § 2 mom. en möjlighet för kronofogde, länsman och polismyndighet att själv ”vidtaga erforderlig åtgärd” – när farlighetsrekvisitet bedömdes vara uppfyllt – om ”faran är så överhängande” att myndigheten inte kunde avvakta med en ansökan till länsstyrelsen. Det är intressant att notera att denna lagbestämmelse i dåvarande AlkL har påfallande likheter med nuvarande omhändertagandeinstitut i LVM (13 §).

Tvångsinternering maximerades till ett år, men i vissa fall kunde intagningen förlängas med ytterligare ett år. FvLk hade för sin del föreslagit högst 18 månader eller tre år om vederbörande tidigare hade vårdats på anstalt. Departementschefen föreslog en period av ett år som kunde förlängas med ytterligare ett år om den intagne tidigare vårdats på sådan anstalt under minst sex månader (18 § första stycket). Utskrivning skulle dock ske tidigare ”därest skäl föreligga till antagande, att den vårdade efter utskrivningen skall föra ett nyktert och ordentligt liv” (18 § andra stycket).

Olika bestämmelser möjliggjorde återintagning på anstalt, bland annat vid avvikelse och vid ”villkorlig” utskrivning när vederbörande inte fullgjort ”vad sålunda åligger honom” (20 §). Återintagningar kom att bli vanligt förekommande. Blomqvist (1999) framhåller att ”i realiteten upptogs en stor del av anstaltsplatserna av en begränsad skara av missbrukare som, med kortare pauser i frihet, var internerade under avsevärd tid” (s. 42).

De intagna hade arbetsplikt.²⁵ De var skyldiga ”att fullgöra det arbete, som ur synpunkten av en ändamålsenlig vård ålägges honom” (16 §); och med arbete avsågs närmast hårt och slitsamt utomhusarbete. Behandlingsinslagen var begränsade och utgjordes av ”uppfostrande samtal” med exempelvis föreståndaren (Blomqvist 1999).

Tvångsinternering kunde endast ske på s.k. allmän anstalt. Enskilda anstalter däremot kunde endast ta emot frivilligt placerade. En annan skillnad var att verksamheten vid allmänna anstalter stod under statlig tillsyn, vilket inte var fallet med enskilda anstalter. Även kommuner, ideella föreningar och stiftelser kunde vid sidan

²⁵ Departementschefen gjorde ett tillägg i prop. att ”därest ej annat är bestämdt eller i särskilda fall öfverenskommes, skall inkomsten af arbetet tillfalla anstalten” (prop 1913:193 s. 81), vilket nästan ordagrant gick tillbaka till FvLk:s betänkande. Lagrådet vände sig dock mot förslaget. Man ansåg det tveksamt om man som allmän grundsats kunde uppställa att inkomsten av tvångsintagnas arbete skulle tillfalla anstalten. Man förordade därför att denna formulering skulle utgå, vilket också skedde. Någon generell lagbestämmelse fanns alltså inte att intagnas flitpengar skulle tillfalla anstalten, utan tillämpningen har varierade förmodligen mellan olika anstalter.

av staten vara huvudman för en allmän anstalt. Den första statliga alkoholistanstalten var Venngarn i Uppland som öppnade samtidigt som alkoholistlagen trädde i kraft i augusti 1916.

På allmän anstalt kunde även vård på frivillig grund erbjudas. Fattigvårdslagstiftningskommittén hade för sin del föreslagit en modell som närmst kan beskrivas som ”frivilligt tvång” och som för tankarna till det som populärt brukar benämnas för homeriskt tvång (Tännsjö 1994). Med vissa redaktionella förändringar ställde justitieministern sig bakom förslaget. Frivilligt intag förutsatte att den enskilde skrev under en ansökan i vilken han förband sig att stanna kvar på anstalten under en viss tid, dock längst ett år från det att vederbörande hade blivit intagen (26 §).

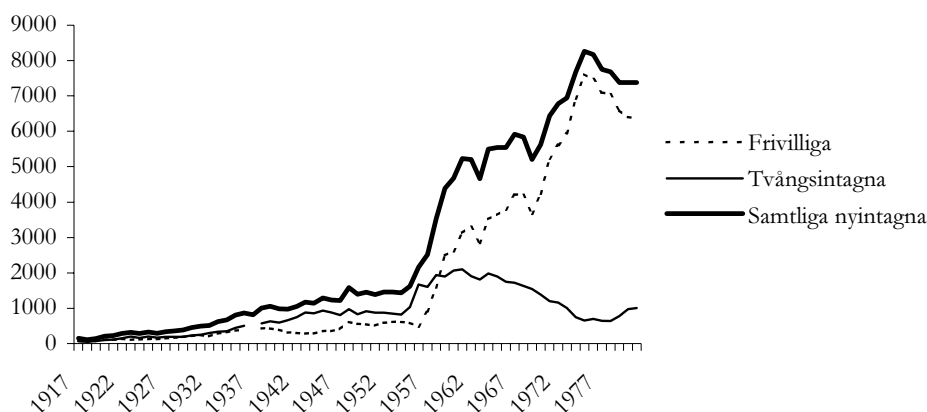
Alkoholistlagen och samhällsskyddsaspekten

Den nya lagen trädde i kraft den 1 augusti 1916. Alkoholism sågs inte längre som enbart ett medicinskt problem utan betraktades i hög grad också ett socialt problem. Dominerande fokus under de första decenniernas tillämpning av denna lagstiftning var trots allt samhällsskyddsaspekten. Lagen hade i första hand karaktären som en interneringslag. Lagens utformning innebar en brytning med dittillsvarande synsätt att alkoholmissbruk i första hand var en polisiär fråga, framför allt vid störande beteende och vid lösdriveri. Ansvar för lagens tillämpning åvilade den kommunala nämndorganisationen, och interneringen skedde på alkoholanstalt och inte i fängelse. Samtidigt befann sig alkoholistlagen i ”skärningspunkten mellan vård och straff” (Edman 2004, s. 22):

Lagen var en vårdlag, den kriminaliserade inte alkoholmissbruket, men den möjliggjorde ett administrativt frihetsberövande av vissa alkoholmissbrukare. Inte heller möjliggjorde den ingripande på rent medicinska indikationer. /---/ 1913 års alkoholistlag kom sammanfattningsvis att möjliggöra en tvångsvård av icke kriminella men samhällsbesvärliga alkoholmissbrukare på social indikation. (ibid., s. 22)

Antalet nyintagna på landets alkoholanstalter var under många år mycket blygsamt, och en ökning skedde först under senare delen av 1930-talet. (figur 1). ”Under hela 1930-talet kom antalet intagna att utöva ett visst tryck på vårdplatstillväxten och anstalterna drogs med ständiga problem att bereda plats åt de vårdsökande”, konstaterar Edman (2004, s. 71).

Figur 1. Nyintagna på landets alkoholistanstalter 1917–1981.



Källa: Edman (2004): *Toriken*, s. 17.

Nyktethetsnämndens roll vid tvångsomhändertagande

Enligt alkoholistlagen skulle det i varje kommun finnas en nyktethetsnämnd till vilka anhöriga och förmyndare kunde göra en "framställning om åtgärd". Nyktethetsnämnden hade sedan att utreda fråga och göra en anmälan till länsstyrelsen som var den instans som sedan fattade beslut om tvångsintagning på alkoholistanstalt. Fattigvårdsstyrelsen kunde också fullgöra rollen som nyktethetsnämnd.²⁶ Jämfört med andra länder anser Kerstin Stenius (1999) att "den starka förankringen av vårdåtgärderna i kommunala organ blev en svensk specialitet" (s. 53).

Rätten att göra en "framställning om åtgärd" till nyktethetsnämnden var med andra ord begränsad till vissa enskilda (anhöriga) eller myndigheter. Enligt Fvlk kunde det annars befaras "att enskilda personer af hämndkänsla eller öfverdrifvet nyktethetsnit blanda sig i andras angelägenheter" (Fvlk I, s. 119). Lagens anmälningsförfarande skilde sig i väsentliga delar från Fvlk:s förslag ge-

²⁶ Det var ovanligt att kommunerna inrättade nyktethetsnämnder. Omkring 1915 fanns det 2.500 små (och fattiga) kommuner i landet och flertalet av dessa hade en befolkning understigande 1 000 invånare. Det var framför allt de större städerna som inrättade en sådan nämnd, eftersom "det var städerna som hade de ekonomiska och administrativa resurserna att utveckla nämnderna" (Rosenqvist 1985, s. 163). År 1930 var det fortfarande endast 20 procent av kommunerna som hade tillsatt en särskild nyktethetsnämnd. Det skulle dröja fram till 1952 när den nya kommunindelningen genomfördes till dess det fanns en nyktethetsnämnd i landets alla kommuner.

nom att anmälan skulle ske via nykterhetsnämnden, som i sin tur efter genomförd utredning skulle ansöka hos länsstyrelsen, som sedan skulle besluta i ärendet. Fvfk föreslog att länsstyrelsens beslut kunde överklagas till Högsta domstolen med lösdriverilagen som förebild.

Översyn av lagstiftningen

Några år senare, 1922, beslöt riksdagen att utvidga alkoholistlagens tillämpningsområde. Internering på alkoholistanstalt kunde nu även ske om en ”åt dryckenskap hemfallen person” under de två senaste åren vid upprepade tillfällen blivit bötfälld för fylleriförelse (SFS 1922:324, 39 §).

Några år senare (1926) presenterades en statlig kommitté ett förslag till en reviderad lagstiftning på området (SOU 1926:17). 1913 års Alkoholistlag hade kritiserats för att den i alltför hög grad betonade samhällsskyddet på bekostnad av omsorgen av den enskilde. Missbrukare sågs som *sociala skadegörare* (se vidare prop. 1954:159, s. 58). Lagen uppfattades i mindre utsträckning vara en vårdlag. 1926 års förslag var i detta avseende långtgående då kommittén föreslog ”ett brott med den gamla samhällsskyddsprincipen” (Edman 2004, s. 56), och i stället förordade man att tvångsinsgripande skulle baseras på ”omsorgen om individen själv såsom medlem av samhället och av den krets därinom – särskilt familjen – där han närmast rör sig” (SOU 1926:17 s. 58; ref Edman 2004, s. 56). Mot bakgrund av den starka kritik som förslaget möttes från remissinstanserna, beslöt regeringen att hänskjuta frågan om revidering av alkoholistlagen på 1927 års lösdrivarkommitté under ledning av Johan Widén som för övrigt också hade varit ordförande i fattigvårdslagstiftningskommittén som låg bakom 1913 års lag.

Med Widén tillbaka på ordförandeposten återställdes ordningen och 1929 års betänkande kom att i större utsträckning likna 1911 års förslag och därigenom den redan befintliga alkoholistlagen. (Edman 2004, s. 56)

Utredningen presenterade sitt förslag till reviderad lag 1929.²⁷ I 1931 års omarbetade lag (1931:233), som trädde i kraft den 1 juli 1932, hade förebyggande insatser och differentierade hjälpinsatser en något mer framträdande plats, men fortfarande krävdes det att

²⁷ SOU 1929:29.

hemfallenhetskriteriet var uppfyllt för att en alkoholmissbrukare skulle kunna bli föremål för en hjälpinsats enligt lagen, även om sistnämnda bestämmelse i praktiken inte alltid efterlevdes (prop. 1954:159 s. 58). Lagens uppfostrande och repressiva karaktär hade snarare förstärkts genom nykterhetsnämndens möjlighet att föranstalta om övervakning under ett års tid (i viss fall under högst två år) och att utdela en varning, men också ansöka till länsstyrelsen när någon ”hemfallen åt alkoholmissbruk /---/ bör förklaras omyn-dig” (62 §).

Stenius (2001) har i sin forskning pekat på likheterna mellan 1931 års alkoholistlag och lösdrivarlagen:

Tvånget var centralt också i alkoholistvården. Insatserna byggde på ett kontinuum, från mindre till större ingripanden i individens frihet. Varning, övervakning och frivillig vård skulle prövas, eller åtminstone övervägas, innan tvångsvård på alkoholistanstalt tillgreps. Men samhället kunde bara ingripa om det fanns lagliga skäl för tvångsvård. Tvånget som hot antogs ha preventiv effekt. (s. 99)

Detta samband är som framgått ovan ingen tillfällighet med tanke på att de båda lagstiftningsfrågorna behandlades i samma kommitté och under ledning av samma ordförande.

Men även väsentliga skillnader fanns mellan dessa båda lagar. Den kanske mest avgörande var att det kommunala nämndsystemet hanterade alkoholistärendena, vilket enligt Stenius (1999) bidrog till att tvångsingripande mot alkoholister fick en större legitimitet bland allmänheten.

I 1931 års lag hade rekvisitet ”hemfallen åt dryckenskap” ändrats till ”hemfallen åt *alkoholmissbruk*”, vilket indikerade den medikalisering som lagstiftningen hade genomgått. Därutöver krävdes att någon eller av nedanstående specialindikationer var uppfyllda (1 §):

1. vara farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv, eller
2. utsätta någon, som han jämlikt stadgande i lag är skyldig att försörja för nöd eller uppenbar vanvård eller eljest grovt brista i sina plikter mot sådan person, eller
3. ligga det allmänna, sin familj eller annan till last, eller
4. vara ur stånd att taga vård om sig själv, eller
5. föra ett för närboende eller andra grovt störande levnadssätt.

Därutöver var lagen tillämplig om någon som var hemfallen åt alkoholmissbruk under de två senast förflutna åren vid tre eller

flera gånger bötfällt för fylleri, eller befunnits föra ett kringflackande liv.

I förhållande till 1913 års lag innebar den omarbetade lagen att specialindikationerna utökades (punkt 5 ovan). Specialindikationen att kunna omhänderta någon som ”för ett kringflackande liv” möjliggjordes genom en lagändring 1938 (1938:215) och tog alltså sikte på alkoholmissbrukare som ägnade sig åt lösdriveri. 1931 års lag jämte följdändringar innebar att alkoholistlagen inte hade en klar rågång mellan vård och straff, vilket förstärktes genom tillkomsten av övervakningsinstitutet. Den nya ”kringflackandeindikationen” var enligt Edman (2004) ”delvis som ett svar på problemen med att revidera lösdriverlagen” (s. 102). Antalet tvångsvårdade alkoholmissbrukare ökade samtidigt som antalet intagna lösdrivare minskade i samma utsträckning.

Frågan om beslut vid tvångsintagning på anstalt

1913 års Alkoholistlag aktualiserade om frågan huruvida tvångsintagning på anstalt i första hand skulle avgöras av läkare eller domstol. ”De som såg tvångsvården som vård argumenterade för att läkare skulle ges rätten att avgöra vilka som borde tvångsvårdas. De som å andra sidan snarare såg omhändertagandet som ett frihetsberövande eller till och med ett straff påpekade att jurister och domstolar borde involveras för att minimera riskerna att kränka rättssäkerheten”, framhåller historikern Jenny Björkman (2001, s. 61). När frågan om tvångsinternering av alkoholister hade behandlats i riksdagen hade flera ledamöter uttalat sig *för* en rättslig prövning (prop. 1913:193 s. 41). Fattigvårdslagstiftningskommittén ansåg i sitt betänkande, att ”den nuvarande domstolsorganisationen hos oss ej lämnar möjlighet för den skyndsamma behandling af dessa ärenden, som är nödvändig, därest lagen skall blifva effektiv” och därför förordades att länsstyrelsen skulle vara den instans som fattade beslut om tvångsintagning. Justiteministern framhöll i propositionen, att ”givetvis förefaller det principiellt mest tilltalande att förlägga utredandet och afgörandet af ärenden, där det gäller inskränkandet af den personliga friheten, till allmän domstol”, men uttalade samtidigt att ”med hänsyn till förevarande ärendens specifika natur erbjuder det dock onekligen vissa fördelar att få dem behandlade hos Kungl. Maj:ts befallningshafvande” (s. 43).

I en riksdagsmotion från 1947 föreslogs att det borde inrättas en socialdomstol som skulle vara specialiserad på att avgöra administrativa frihetsberövanden, eftersom motionärerna ansåg att rättssäkerheten för intagna alkoholister och sinnessjuka var undermålig. Motionen avslogs. Men redan året innan hade regeringen tillsatt 1946 års alkoholistvårdsutredning – som låg till underlag för 1954 års NvL – och där departementschefen i direktiven uttalade, att ”för egen del finner jag starka skäl tala för en ändring av nuvarande regler rörande intagningsförfarandet”. Ty:

Internering å alkoholanstalt torde efter den reformering, som straffverkställigheten på senaste tid undergått, i stort sett från den enskilde individens synpunkt te sig i den närmaste lika starkt ingripande på den personliga rörelsefriheten som det frihetsberövande, vilket äger rum i straffrättsliga former. (SOU 1948:23 s. 29)

Departementschefen påminde i sammanhanget om att ”interningsklientelet” på alkoholanstalterna var betydande och uppgick till cirka hälften av fängelsernas medelbeläggning:

Medan ådömandet av frihetsstraff är kringgärdat av starka rättsgarantier, är emellertid kravet på rättsskydd vid intagning å alkoholanstalt mindre väl tillgodosett. Även om avsaknaden av fastare rättsgarantier i sistnämnda fall icke föranlett några påtagliga missförhållanden, synes mig det nuvarande tillståndet icke tillfredsställande. (ibid, s. 29)

Departementschefen ville dock inte ta ställning till om prövningsinstansen av tvångsinternering borde förändras. ”Kunna de sakkunniga föreslå en för alkoholistvården lämplig ordning, vilken vid behov kan utvidgas för motsvarande uppgifter i andra ifrågakommande fall, måste detta hälsas med tillfredsställelse”, framhölls vidare. 1946 års alkoholistvårdsutredning stannade vid att inte göra någon förändring av länsstyrelsens befogenhet att besluta om internering, men förordade förändringar för att stärka den enskildes ställning i processen (se vidare nedanstående avsnitt om NvL).

Några år senare tillsatte regeringen en utredning med uppgift att utreda frågan om rättssäkerhet vid administrativa frihetsberövanden (SOU 1960:19). Utredningen resulterade i en omorganisation av förvaltningsrättsskipningen varigenom länsrätten tog över länsstyrelsens roll för prövning av nykterhetsnämndens ansökan om tvångsvård (prop. 1971:14). Denna förändring trädde i kraft 1971. 1979 slogs de tre befintliga länsdomstolarna samman till en länsvis

domstol (länsrätt) och är sedan dess organisatoriskt helt fristående från länsstyrelsen.²⁸

Nykterhetsvårdslagen och behovet av ny samordnad lagstiftning

Under 1940-talet tillsattes två olika kommittéer – 1944 års nykterhetskommitté och 1946 års alkoholistvårdsutredning – vars betänkanden kom att ligga till grund för översynen av alkoholistlagen. NvL trädde i kraft den 1 oktober 1955 och innebar också att motbokssystemet slopades och ersattes av en i princip fri inköpsrätt, vilket fick ett direkt genomslag i en betydligt ökad alkoholkonsumtion. Konsumtionen ökade med 30 procent per invånare över 15 år mellan åren 1954 och 1956, och antalet fylleriförseelser per år mer än fördubblades under samma tid. Men ökningen planade där efter ut och den totala konsumtionen låg 1964 endast obetydligt över 1954 års nivå (SOU 1967:36 s. 19).

NvL utvidgades lagens tillämpningsområde till att avse personer vilka ”ej blott tillfälligt använder alkoholhaltiga drycker till uppenbar skada för sig eller annan” (1 §). Lagen innehöll med andra en legaldefinition av begreppet alkoholmissbruk. Genom lagens utformning fanns en helt annan möjlighet än tidigare att ingripa med insatser på ett tidigt stadium. Vederbörande behövde inte vara hemfallen på alkoholmissbruk för att nykterhetsnämnden skulle erbjuda hjälpåtgärder, utan det räckte med att vederbörande ”ej blott tillfälligt” konsumerade alkohol. Däremot förutsatte naturligtvis tvångsvård på anstalt att hemfallenhetskriteriet enligt 15 § NvL var uppfyllt jämte någon av angivna specialindikationer, och samma sak gällde vid användningen av övervakningsinstitutet (15 §).

Överhuvud taget överensstämde – i stort sett – förutsättningarna för tvångsvård enligt NvL med motsvarande enligt alkoholistlagen, framför allt enligt 1931 års omarbetade version. NvL (§ 58) medgav också, i likhet med alkoholistlagen, att den som var hemfallen åt alkoholmissbruk frivilligt fick tas in på allmän vårdanstalt, förutsatt att denna bland annat skriftligen förband sig att kvarstanna på vårdanstalten under högst sex månader. Det förtjänar att påpekas, att detta ”frivilliga tvång” enligt nu gällande rätt skulle strida mot de i 2 kap. RF angivna fri- och rättigheterna.

²⁸ Länsrättens verksamhet regleras genom lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar, samt genom förordningen (1996:382) med länsrättsinstruktion.

En utvärdering av NvL genomfördes av 1964 års Nykterhetsvårdsundersökning, och i dess betänkande SOU 1967:36 framfördes en omfattande kritik mot lagen. Bland annat ansågs att lagens utformning och tillämpning medförde att elementära rättssäkerhetskrav inte tillgodosågs. Utredningen menade att ett avgränsat nykterhetsvårdsklientel, med företrädesvis låg socioekonomisk status, blev föremål för utredning eller åtgärd av nykterhetsnämnderna, medan andra grupper erhöll kvalificerad vård och behandling inom framför allt sjukvårdens ram (s. 533ff.). Utredningen anförde vidare att auktoritära och repressiva inslag i NvL försvårade ett meningsfullt behandlingsarbete. Utredningens slutsats var att ”formerna för samhällets nykterhetsvård bör bli föremål för en förutsättningslös omprövning” i syfte att åstadkomma en samordnad social vårdlagstiftning.

Mellan frivillighet och tvång – missbrukarvårdens dilemma

Under andra hälften av 1960-talet förändrades många människors syn på samhällsproblem, samt hur exempelvis samhällets stöd borde vara utformat och organiserat för att stödja socialvårdens och nykterhetsvårdens klienter. Sveriges socialchefers förening ställde 1967 krav på en översyn av sociallagstiftningen i syfte att kunna åstadkomma en helhetssyn grundad på frivillighet i behandlingsarbetet.²⁹ Kritik mot vårdlagstiftningen framfördes också av socialarbetare: ”... missnöjet var utbrett med lagarnas repressiva karaktär och tvångsåtgärdernas utformning, särskilt i Nykterhetsvårdslagen. Intresset var vänt från individens misslyckanden till brister i samhället. Politiskt radikala socialarbetare ville inte se sig som ett förtryckande samhälles förlängda arm och vara bidragande i en stigmatiserings- och utstötningsprocess”, skriver Abrahamson (1989) i en artikel om synen på missbruk under 1900-talet.

Det var bland annat mot denna bakgrund som regeringen tillsatte Socialutredningen i december 1967 med uppgift att göra en allmän översyn och reformering av den sociala vårdlagstiftningen, viket även innefattade en översyn av de tvångsmässiga inslagen i dåvarande barnavårds- och nykterhetsvårdslagarna. I direktiven ingick att man skulle överväga att sammanföra bestämmelser om tvångsomhändertaganden till en enda lag. År 1974 presenterade

²⁹ Edman (2004) redovisar utförligt i sin avhandling den process som med början omkring 1967 ledde fram till LVM (se kapitel 7).

Socialutredningen sitt principbetänkande *Socialvården - Mål och medel* (SOU 1974:39), och utredningen föreslog att möjligheten att tillgripa tvångsåtgärder mot vuxna missbrukare skulle finnas kvar i den nya sociallagstiftningen. Förslaget möttes av stark kritik från många håll och remissinstanserna var delade i synen på Socialutredningens förslag.

Efter det att förslaget hade remissbehandlats fick utredningen 1975 tilläggsdirektiv, att i stället "undersöka möjligheterna till enhetliga bestämmelser utanför socialvårdslagstiftningen". Regerings-skiftet 1976 innebar att den nya borgerliga regeringen utfärdade tilläggsdirektiv med uppgift att utarbeta två olika lagförslag: ett som utgick från den tidigare regeringens intentioner i tilläggsuppdraget från 1975 och ett som byggde på utredningens förslag i principbetänkandet SOU 1974:39. När Socialutredningen presenterade sitt slutbetänkande 1977 ställde sig *majoriteten* bakom ett förslag att NvL skulle slopas och att några andra möjligheter till tvångsvård av missbrukare än de som fanns i LSPV inte skulle tillskapas. De missbrukare som inte omfattades av LSPV skulle i stället få frivillig vård enligt den föreslagna socialtjänstlagen. Utredningens *minoritet* ställde sig bakom ett alternativförslag med tvångsvård av missbrukare inom socialtjänsten.

Remissinstansernas vitt skilda uppfattning i synen på vård av missbrukare med respektive utan samtycke medförde att regeringen exkluderade denna fråga när man lade fram sitt förslag om den framtida socialtjänstens utformning (prop. 1979/80:1), eftersom socialtjänstreformen i annat fall riskerade försinkas tidsmässigt. Socialberedningen fick i maj 1980 ett tilläggsdirektiv med uppdraget att utarbeta ett lagförslag om vård utan eget samtycke av vuxna missbrukare samt att förslaget skulle kunna presenteras inom en sådan tid att en ny lag skulle kunna träda i kraft samtidigt som socialtjänstlagstiftningen i övrigt, dvs. den 1 januari 1982. Drygt sju månader senare presenterade Socialberedningen sitt förslag till LVM (SOU 1981:7). På grundval av betänkandet lade regeringen fram sin prop. 1981/82:8 om lag om vård av missbrukare i vissa fall m.m. Den nya lagen antogs av riksdagen i december 1981 och trädde i kraft den 1 januari 1982 (SFS 1981:1243).

Referenser

- Abrahamson, Maria (1989). Synen på missbruk – 80 år av diagnostisk rundgång. *Nordisk Sosialt Arbeid* (9): 38-49.
- Björkman, Jenny (2001). *Vård för samhällets bästa. Debatten om tvångsvård i svensk lagstiftning 1850-1970*. Akademisk avhandling. Stockholm: Carlsson bokförlag.
- Blom, Conny (2002). *Tiggare, tidstjuvar, lättingar och landstrykare*. Akademisk avhandling. Lund: Lund University Press.
- Blomqvist, Jan (1999). *Inte bara behandling – vägar ut ur alkoholmissbruket*. Stockholm: Bjuerner och Bruno.
- Edman, Johan (2004). *Torken. Tvångsvården av alkoholmissbrukare i Sverige 1940-1981*. Akademisk avhandling. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Fattigvårdslagstiftningskommittén (1911). *Förslag till lag om behandling af alkoholister I*. Stockholm.
- Frånberg, Per (1985). Den svenska supen. I: Bruun, Kjetil & Frånberg, Per (red.). *Den svenska supen. En historia om brännvin, Bratt och byråkrati*, s. 9-51. Stockholm: Prisma.
- Holgersson, Leif (1998). *Socialtjänst: lagtexter med kommentar – en analys av socialvårdens värderingar från medeltiden fram till socialtjänstens lagar, SoL, LVM och LVU*. Åttonde rev. uppl. Stockholm: Tiden/Rabén Prisma.
- Johansson, Lennart (1995). *Systemet lagom. Rusdrycker, intresseorganisationer och politisk kultur under förbudsdebattens tidevarv 1900-1922*. Akademisk avhandling. Lund: Lund University Press.
- Lundquist, Lennart (1997). *Fattigvårdsfolket – ett nätverk i den sociala frågan 1900-1920*. Lund: Lund University Press.
- Nycander, Svante (1996). *Svenskarna och spriten. Alkoholpolitik 1855-1995*. Stockholm: Sober förlag.
- Petersson, Birgit (1983). ”Den farliga underklassen”. *Studier i fattigdom och brottslighet i 1800-talets Sverige*. Akademisk avhandling. Umeå: Umeå universitet.
- Prop. 1913:193. *Förslag till Lag om behandling av alkoholister*.
- Prop. 1954:159. *Förslag till lag om nykterhetsvård m.m.*
- Prop. 1979/80:1. *Om socialtjänsten*.
- Prop. 1981/82:7. *Om lag om vård av missbrukare i vissa fall m.m.*

- Rosenqvist, Pia (1985). Nykterhetsnämnderna. I: Bruun, Kettel & Frånberg, Per (red.). *Den svenska supen. En historia om brännvin, Bratt och byråkrati*, s. 154-189. Stockholm: Prisma.
- SOU 1926:17. *Betänkande med förslag till lag angående åtgärder mot dryckenskap och fylleri.*
- SOU 1929:29. *Betänkande med förslag till lagstiftning om alkoholistvård.*
- SOU 1948:23. *Betänkande med förslag till Lag om nykterhetsvård m.m.* 1946 års alkoholistvårdsutredning.
- SOU 1960:19. *Rättssäkerheten vid administrativa frihetsberövanden. Sakkunnigbetänkande med förslag till lag om social domstol.*
- SOU 1967:36. *Nykterhetsvårdens läge.* Betänkande av 1964 års Nykterhetsvårdsundersökning.
- SOU 1974:39. *Socialvården – Mål och medel.* Principbetänkande av Socialutredningen.
- SOU 1977:40. *Socialtjänst och socialförsäkringstillägg: lagar och motiv.* Slutbetänkande av Socialutredningen.
- SOU 1981:7. *LVM: Lag om vård av missbrukare i vissa fall.* Delbetänkande av Socialberedningen.
- Stenius, Kerstin (1999). *Privat och offentligt i svensk alkoholistvård. Arbetsfördelning, samverkan och styrning under 1900-talet.* Akademisk avhandling. Lund: Arkiv förlag.
- Stenius, Kerstin (2001). *Tvångsvården – den mörkare välfärdsberättelsen. I: CAN 100 år*, s. 96-105. Jubileumsutgåva av Alkohol & Narkotika nr 6/2001.
- Swärd, Hans (1993). *Mångenstädes svårt vanartad: om problemen med det uppväxande släktet.* Akademisk avhandling. Floda: Zenon.
- Tännsjö, Torbjörn (1994). *Tvång i vården.* Stockholm: Thales.

Danmark*

Inledning

I Danmark är ansvaret för alkohol- och narkotikapolitiken uppdelad på dels Indenrigs- och Sundhedsministeriet (alkohol), dels Socialministeriet (narkotika/droger). Det övergripande politiska ansvaret för behandlings- och övriga typer av insatser är sålledes delat beroende på om det rör sig om alkohol- eller narkotikamissbruk. Denna organisatoriska uppdelning gör att Danmark skiljer sig från vad som gäller i Sverige, Norge och Finland (Järvinen 1998, s. 31). Ansvaret på lokal nivå för behandlingsinsatser gentemot både alkohol- och narkotikamissbrukare åvilar *amtskommunen* (landstinget).

Av tradition brukar Danmark sägas ha en betydligt mer liberal inställning till användningen av alkohol jämfört med exempelvis övriga nordiska länder. Den danska alkoholkulturen och regleringen av alkoholmarknaden skiljer sig historiskt mellan Danmark och Sverige. Den totala alkoholkonsumtionen är betydligt högre i Danmark jämfört med övriga nordiska länder, och detta gäller både män och kvinnor.¹ Under 1990-talet har den *registrerade* konsumtionen årligen legat omkring 11,5 liter 100 % alkohol per person över 14 år.² ”Idag finns det i Danmark många situationer där det är legitimt att dricka alkohol. I andra kulturer är det däremot en signal om eventuella alkoholproblem om man dricker utanför måltider eller om uppträder berusat på offentlig plats. Sådana normer eller spelregler på alkoholområdet har en bekyddande funktion och dämpar alkoholbruket”, konstaterade en arbetsgrupp med företrädare för Indenrigs- och Sundhedsministeriet samt Amtsrådsfore-

* Denna bilaga har författats av Weddig Runquist, sekreterare i LVM-utredningen.

¹ Se vidare Pia Mäkelä: *Drinking habits in the nordic countries* (Statens institut for alkohol- og narkotikaforskning, Oslo 1999. Ref. i Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002): *Den offentlige indsats på alkoholområdet*, s. 20.

² Sundhedsstyrelsen: Alkohol- og narkotikastatistik 2001, s. 7. Jfr den beräknade totalkonsumtionen av alkohol i Sverige (inkluderande både registrerad och oregistrerad försäljning) vilken enligt Leifman (2003) uppgick till 9,9 liter per invånare över 15 år.

ningen³ som gemensamt har utarbetat rapporten *Den offentliga insats på alkoholområdet* (2002). Avsikten med rapporten är att den skall ligga till grund för utarbetandet av ett kommande strategidokument när det gäller insatser på alkoholområdet. Arbetsgruppen rekommenderade att samhället "sätter den danska alkoholkulturen på dagordningen" (s. 12).⁴

Utmärkande för Danmark är den starka betoningen av öppna insatser. I ovannämnda rapport beräknades enbart 4 procent av klienterna bli föremål för behandling på institution. Även om de öppna insatserna är helt dominerande i Danmark är dessa inte särskilt omfattande jämfört med exempelvis motsvarande i Sverige. De öppna insatserna sker vid s.k. ambulatorier som organisatoriskt tillhör varje enskild amtskommun. Utöver ambulatorierna finns i Danmark även s.k. § 94-institutioner som erbjuder tillfälliga boendeinsatser av omvårdnadskaraktär, vilka således inte har något behandlingssyfte.⁵ Även sistnämnda institutioner drivs av amtskommunerna.

"Socialt integrerade" och "socialt utstötta = de omotiverade"

Sociologen Margaretha Järvinen vid Köpenhamns universitet redovisar i sin bok *Det dårlige selskab* (1998) resultatet av en kvalitativ intervjuundersökning som hon gjort med såväl tunga missbrukare som med personal verksamma vid olika typer behandlingsenheter och § 94-institutioner. Järvinen pekar bland annat på den nyorientering som hon anser att alkoholambulatorierna har genomgått det senaste decenniet. Dessa öppenvårdsenheter har explicit nedprioriterat klienter som uppfattas vara "socialt utstötta missbrukare". Järvinen ser en tydlig dikotomisering i samhällets och behandlingsverksamheternas förändrade syn på kategorin tunga missbrukare. I intervjuerna med personal vid olika öppenvårds- och slutenvårdsenheter framstår denna grupp av "socialt utstötta missbrukare" som icke-motiverade och därmed inte heller behandlingsbara. Klientgruppen utdefinierar sig själv ur behandlingssystemet eftersom dessa människor anses sakna en grundläggande motivation. Järvinen (2001) an-

³ Motsvarar Landstingsförbundet i Sverige.

⁴ I oktober 2003 presenterade danska regeringen en handlingsplan mot narkotikamissbruk: *Kampen mod narke – handlingsplan mod narkotikamisbrug*. I handlingsplanen finns ett särskilt avsnitt om "social behandling", dvs, insatser som sker med stöd av serviceloven.

⁵ Benämningen § 94-institutioner syftar på 94 § Lov om social service. Denna lagbestämmelse hade tidigare sin motsvarighet i § 105 i bistandsloven.

ser att sistnämnda uppfattning närmast "är en av kungstankarna i det danska behandlingssystemet" (s. 128). Missbrukarna blir mot denna bakgrund också lågprioriterade inom behandlingsvärlden, medan andra klientergrupper är mer attraktiva:

Danska behandlings- och omsorgsinstitutioner har sannolikt aldrig varit så medvetna om vilka grupper av missbrukare de vill och kan hjälpa, och vilka grupper de inte vill och kan hjälpa, som de är idag. I behandlingssektorn specialiserar man sig och profilerar sig, man inriktar sin verksamhet på klart definierade målgrupper. (Järvinen 2001, s. 132)

Klienter med den ofta tyngsta och svåraste problematiken anses paradoxalt nog ha minst behov av kvalificerade behandlingsinsatser och framstår som icke-önskvärda av behandlingssystemet.

I en efterföljande artikel analyserar och diskuterar Margaretha Järvinen (2001) utvecklingen i den danska missbruksbehandlingen under de senaste decennierna. Utvecklingen i Danmark anser hon kännetecknas av en institutionaliserad uppgivenhet från behandlingssystemets sida.⁶ Den föreställning som finns inom behandlingssfären mellan å ena sidan "missbrukare som kan behandlas" och å andra sidan "missbrukare som inte kan behandlas" vilar inte på någon vetenskaplig grund.⁷ Järvinen menar att det i stället är frågan om "en 'subjektiv' klassificering som med tiden har 'objektiverats' (...) i rutintänkande, professionell praxis och institutionell arbetsfördelning" (Järvinen 2001, s. 126).

I ovan refererade rapport från Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Amtsrådsforeningen (2002) diskuteras för övrigt Järvinens rapport i ett längre avsnitt om "de utstötta alkoholberoende". Arbetsgruppen konstaterar att "statistiska uppgifter från de senaste åren tyder på att situationen inte har förbättrats för denna grupp på grund av att amterna har valt att prioritera insatserna högre för de mera välfungerande missbrukarna" (a.a., s. 84).

Av Järvinens undersökning framgår att den mest vanligt förekommande insatsen vid ambulatorierna utgörs av Antabus-behandling. En undersökning för några år sedan visade att 97 pro-

⁶ Detta begrepp myntades ursprungligen av Kerstin Stenius som använde det i sin recension av Järvinens bok *Det dårlige selskab* (1998), se vidare Stenius (1999).

⁷ Som Kerstin Stenius har påpekat är detta synsätt knappast något som är utmärkande för enbart Danmark. "Hur är det att vara 'nere för räkning' i Stockholm, Helsingfors eller Oslo? Vi icke-köpenhamnare har nog inga skäl att slå oss för bröstet. Tendenserna till ökad uppgivenhet återfinns med all säkerhet. Begreppslig förvirring är inte utmärkande enbart för det danska systemet" (Stenius 1999, s. 315). Järvinen påtalar för övrigt samma sak i en senare artikel (Järvinen 2001, s. 133).

cent av klienterna vid alkoholambulatorierna behandlades med Antabus. Kategorin som uppfattas vara ”socialt integrerade” erbjuds ett bredare utbud av ambulans behandling, medan ”de omotiverade” enbart kommer ifråga för Antabusbehandling. Ovan nämnda arbetsgrupp drar av detta slutsatsen att ”detta tyder på att det terapeutiska behandlingsarbetet på ambulatorierna i hög grad är förbehållna socialt integrerade alkoholberoende personer” (a.a., s. 84). ”Just denna grupp har behov av en allsidig stödjande behandling och omsorg, både i dygnsbehandling och på ambulatorier – eventuellt i samarbete med § 94-institutioner” (s. 85).

Refererade arbetsgrupp drog slutsatsen att detta är ”ett tydligt tecken på den svaga vetenskapliga grund som finns av alkoholbehandlingen, eftersom det finns mycket liten evidens för en positiv effekt [av enbart Antabusbehandling]” (ibid., s. 27). Arbetsgruppen rekommenderade därför att det bör finnas ett bred utbud av behandlingsinsatser, så att det ”blir möjligt för varje enskild medborgare att erhålla den mest relevanta behandlingsinsatsen” (a.a. 2000, s. 14). Arbetsgruppen ansåg att specialiseringen och matchningen inte bör leda till att ”behandlingsinstitutionerna enbart behandlar de resursstarka klienterna” (s. 85).

Lagstiftningen på området

1. Kvarhållande av klient i behandling

Amtskommunen ansvarar för behandlingsinsatser av personer med varierande grad av alkoholproblem (16 § sygehusloven). Dessa insatser grundar sig enbart på samtycke från den enskilde klienten. Tvångsvård på grund av alkoholmissbruk förekommer inte. Klienten kan fritt välja behandling vid något av de tre behandlingshem som idag omfattas av Sygehuslovens regler om fritt val. Kommunen ansvarar för vissa former av insatser efter avslutad behandling, exempelvis social rådgivning och erbjudande om tillfälligt boende (68 och 91 §§ serviceloven).

För personer med narkotikamissbruk har det sedan den 1 juli 1992 funnits en särskild lagstiftning med möjlighet att under vissa förutsättningar kvarhålla drogmissbrukaren mot dennes vilja på behandlingsenheten (*Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i*

behandling).⁸ ”Syftet med den föreslagna ordningen är framför allt att hjälpa yngre drogmissbrukare över 18 år, som är motiverade för behandling och som ännu inte i någon större omfattning har kommit i konflikt med strafflagen till följd av drogmissbruket. Denna grupp förutsätts vara mest mottaglig för behandling, och det är således i särskilt hög grad med hänsyn till denna grupp som det skall finnas möjlighet att använda kvarhållande med stöd av kontraktet. Det är å andra sidan inte lämpligt att utestänga äldre drogmissbrukare från motsvarande möjlighet”, framhölls det i förarbetena till regeringens lagförslag.⁹

Den aktuella lagen är säregen såtillvida att lagstiftaren har överlåtit till den enskilda amtskommunen att själv avgöra om man överhuvud taget vill använda sig av denna möjlighet (1 §). Rekvisiten för kvarhållande anges i 5 § vars utformning för övrigt till stor del har sin förebild i motsvarande bestämmelse (5 §) i 1989 års *Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien*.

Kvarhållande kan ske när det finns skäl att anta att drogmissbrukaren kommer att avbryta den avtalade behandlingen, och det skulle vara oförsvarligt att inte tvångsvårda personen i fråga, eftersom

1. utsikten att missbruket skulle upphöra eller att en betydlig och avgörande förbättring av tillståndet skulle ske, väsentligen skulle försämrats eller
2. drogmissbrukaren utgör en omedelbar och väsentlig fara för sig själv eller andra.

Andra stycket. Kvarhållande kan endast ske om lämpligare åtgärder är otillräckliga.

Det faktum att det skall finnas *skäl att anta* att vederbörande kommer avbryta en påbörjad behandlingsinsats, innebär att det inte är tillräckligt ”att det finns ett allmänt antagande om att drogmissbrukare erfarenhetsmässigt avbryter behandlingsinsatsen, liksom det inte heller är tillräckligt att det finns en vag misstanke”.¹⁰ Om förutsättningarna enligt 5 § är uppfyllda kan klienten och behandlingsinstitutionen ingå ett avtal med möjlighet till kvarhållande.

Amtskommunen måste dock, som framgått ovan, enligt 1 § ha godkänt att lagen skall tillämpas inom amtskommunen. Hittills har lagen *aldrig* tillämpats, eftersom inget amtsråd har godkänt att la-

⁸ Lov 349 av den 14 maj 1992 jämte senare ändringar av lagen. Med stöd av 9 § har socialministern utfärdat *Bekendtgørelse om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling* (Socialmin. bek. nr 381 av den 19 juni 1998).

⁹ Bemærkninger till lovforslaget, 18 december 1991.

¹⁰ *ibid.*

gen skall börja tillämpas.¹¹ Utifrån vad som framkommit i kontakter med företrädare för Socialministeriet och Amtsrådsföreningen beror detta huvudsakligen på att det av tradition finns ett starkt motstånd i Danmark mot alla former av tvångsingripande inom det sociala området, och det brukar hävdas att frivillighetstanken alltid har varit mycket stark i Danmark (Hübner 1991). Detta motstånd är intressant eftersom regleringen kring kvarhållning inte kan påstås utgöra någon ”stor” reform, utan det är snarare frågan om en ”mycket försiktig, användning av tvångsåtgärder” som fil dr Lena Hübner (1991) uttrycker saken i en skrift om de nordiska ländernas lagstiftning om vård av missbrukare utan eget samtycke.¹² Även lagstiftarens inställning till lagen som sådan har varit dubbelbottnad: å ena sidan har foketinget stiftat en lag som möjliggör att klienten och behandlingsenheten träffar ett avtal om kvarhållning, å andra sidan permanentades inte lagen förrän i maj 2002. Under tioårsperioden fram till dess fanns det i 11 § i nämnda lag en bestämmelse enligt vilken folketinget vid olika tidpunkter skulle ta ställning till om lagen skulle förlängas.

Avtal om kvarhållning i behandling får träffas mellan klienten och institutionen innan behandlingsinsatsen påbörjas. Avtalet får inte ha längre varaktighet än högst sex månader. Kvarhållning får i varje enskilt fall inte pågå längre än 14 dagar. Den sammanlagda tiden för kvarhållning får inte överstiga två månader under en sexmånadersperiod. Det står fritt för klienten att när som helst säga upp avtalet. Om klienten avviker från behandlingsenheten får han eller hon inte hämtas tillbaka med exempelvis polisens försorg.

Det är också helt frivilligt för klienten att ingå denna typ av kontrakt med behandlingsenheten. Motsätter sig vederbörande ett sådant avtal har han eller hon fortfarande tillgång till övriga befintliga behandlingserbjudanden. ”Härigenom vidhålls frivillighetsprincipen i behandlingen av drogmissbrukare”, framhöll regeringen i sin motivering till lagen (*Bemærkninger till lovforslaget*, 18 december 1991).

¹¹ Garodkin: *Håndbog i dansk politik* 2003, s. 565; personlig kommunikation med Peter Juul, Socialministeriet i Köpenhamn.

¹² När Hübners skrift publicerades 1991 fanns det än så länge endast ett embryo till det som senare blev 1992 års lag.

2. Behandlingsgaranti för narkotikamissbrukare

Drygt sex månader efter det att nya ministären Fogh Rasmussen hade tillträtt presenterade regeringen i maj 2002 *Det felles ansvar* (Det gemensamma ansvaret), en handlingsplan "för de svagaste grupperna i samhället". Ett av dessa förslag innebar en garanti för social behandling för drogmissbruk och en rätt för klienten att välja mellan offentliga och privata godkända behandlingserbudanden. Ett lagförslag med denna innebörd presenterades under hösten 2002, och inarbetades i 85 § serviceloven med ikraftträdande den 1 januari 2003.¹³ Syftet med denna s.k. behandlingsgaranti är att "minska nuvarande väntetider och väntelistor till social behandling för drogmissbruk och att ge drogmissbrukaren en rätt med hänsyn till val av behandlingsenhet".¹⁴ Av lagens förarbeten framgår att det tidigare i de flesta amtskommunerna inte var ovanligt att det gick omkring fyra veckor från tidpunkten för klientens hänvändelse till dess behandlingen påbörjades.

Behandlingsgarantin innebär att amtskommunen skall sörja för att de drogmissbrukare som önskar behandling till följd av sitt missbruk, skall erhålla ett erbjudande om behandling som skall verkställas "senast 14 dagar efter hänvändelsen till amtskommunen" (85 § första stycket). I specialmotiveringen till lagbestämmelsen anför socialministern att enbart "erbjudande om rådgivning eller enstaka samtal kan inte uppfattas som social behandling". Vidare framgår att behandlingserbudanden kan omfatta såväl slutenvård, dagvård som poliklinisk vård, "helst med differentierade målsättningar, ambitions- och kravnivåer".¹⁵ Vidare framgår det av förarbetena att klienten "under utredningsperioden även bör erhålla alternativa behandlingserbudanden, "då det är viktigt att hålla kvar motivationen och den etablerade kontakten".¹⁶

¹³ Ett resultat av handlingsplanen är också att regeringen har tillsatt Rådet for Socialt Udsatte. Rådet skall kontinuerligt följa och värdera de insatser som görs för gruppen "socialt utsatta".

¹⁴ Ett resultat av handlingsplanen är också att regeringen har tillsatt Rådet for Socialt Udsatte. Rådet skall kontinuerligt följa och värdera de insatser som görs för gruppen "socialt utsatta".

¹⁵ I specialmotiveringen görs en avvägning mellan olika vårdformer: "Slutenvård används till drogmissbrukare som under begränsade perioder har behov av miljöbyte och en mer massiv och strukturerad påverkan, ofta i samband med försök att uppnå drogfrihet. Dagvård och poliklinisk vård kännetecknas av att behandlingen äger rum i anslutning till drogmissbrukarens normala miljö. Behandling i dagvård och poliklinisk vård kan vara mer eller mindre intensiv beroende på behov och den kan understödjas av substitutionsbehandling. Behandling i dagvård och poliklinisk vård innehåller alltid rådgivning som kan kompletteras med olika former av samtal, psykoterapi m.m. enskilt eller i grupp."

¹⁶ *Bemärkningar till lovforslaget L 37.*

Tidsfristen om 14 dagar gäller enbart i förhållande till det erbjudande som amtskommunens anvisar. Erbjudandet kan därför frångås om klienten väljer att behandlas enligt ett annat behandlingserbjudande. I förarbetena till lagen framgår att garantin avser social behandling för drogmissbruk enligt *lov om social service*, vilket innebär att narkotikamissbrukare som är intagna i fängelser eller häkten inte omfattas av garantin.

Enligt data som Amtsrådsforeningen månatligen samlar in har under perioden januari – oktober 2003 totalt 5 200 narkotikamissbrukare remitterats till behandling.¹⁷ Totala antalet per månad har pendlat mellan cirka 460 och 640. Antalet klienter som tvingas vänta mer än 14 dagar från tidpunkten för första hänvändelsen har minskat avsevärt sedan juli 2003. Under första halvåret 2003 varierade antalet mellan 60 och 95 personer per månad, varav den absoluta huvuddelen avsåg ett enda amt (Fyn). Under juli – oktober 2003 har motsvarande antal pendlat mellan 7 och 22.

¹⁷ Uppgifterna redovisas på Amtsrådsforeningens hemsida www.arf.dk.

Referenser

- Dahl Jensen & Paulsen, Jørgen (2001). *Tvang i psykiatrien*. Andra uppl. Köpenhamn: Jurist- og Økonomiforbundets forlag.
- Gustafsson, Ewa (2001). *Missbrukare i rättsstaten. En rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Hübner, Lena (1991). *Missbruk och tvångsvård – De nordiska ländernas lagstiftning och vård av missbrukare utan eget samtycke*. Nordnark 1991:2. Stockholm: Nordiska kontaktmannorganet för narkotikafrågor.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen (2002). *Den offentlige indsats på alkoholområdet*.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003). *Kampen mod narko – handlingsplan mod narkotikamisbrug*. Oktober 2003.
- Järvinen, Margaretha (1998). *Det dårlige selskab. Misbrug, behandling, omsorg*. Holte: Forlaget Socpol.
- Järvinen, Margaretha (2001). Institutionaliserad uppgivenhet – om utvecklingen av det danska behandlingssystemet. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 18 (2): 125-137.
- Socialministeriet (2002). *Det fælles ansvar. Regeringens handlingsprogram for de svageste grupper*. Mars 2002.
- Stenius, Kerstin (1999). Recension av Järvinens bok *Det dårlige selskab*. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 16 (4-5): 313-315.

Appendix

Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling (nr 349 den 14 maj 1992)

§ 1. Amtsrådet¹⁸ fattar beslut om huruvida amtskommunen skall använda sig av bestämmelserna i denna lag. I Köpenhamns och Frederiksbergs kommuner fattas besluten av kommunstyrelsen.

§ 2. I samband med erbjudande om stöd till missbrukare i form av heldygnsvård i enlighet med § 93, första stycket, nr 2 och § 93, andra stycket, punkt 2 i lagen om social service, kan beslut fattas om att en drogmissbrukare skall erbjudas att ingå kontrakt om behandling av drogmissbruk med möjlighet till kvarhållning.

Andra stycket. Avslag vad gäller erbjudande i enlighet med första stycket kan inte prövas av annan administrativ myndighet.

§ 3. När beslut fattats om behandling enligt § 2 kan drogmissbrukaren och behandlingsinstitutionen, innan behandling påbörjas, upprätta ett kontrakt om detta. Om drogmissbrukaren inte önskar skriva under ett kontrakt om behandling av drogmissbruk med möjlighet till kvarhållning, har personen i fråga fortfarande tillgång till övriga existerande behandlingserbjudanden.

§ 4. Ett kontrakt om behandling med möjlighet till kvarhållning av drogmissbrukaren kan ingås för en period av högst ett halvt år från och med kontraktets upprättande.

Andra stycket. Drogmissbrukaren kan när som helst säga upp ett kontrakt om behandling med möjlighet till kvarhållning. Jfr. dock § 5.

§ 5. Kvarhållande kan ske när det finns skäl att anta att drogmissbrukaren kommer att avbryta den avtalade behandlingen, och det skulle vara oförsvarligt att inte kvarhålla personen i fråga, eftersom

1. utsikten att missbruket skulle upphöra eller att en betydlig och avgörande förbättring av tillståndet skulle ske, väsentligen skulle försämrats eller

¹⁸ Inofficiell översättning som skett av auktoriserad översättare med juridisk kompetens.

2. drogmissbrukaren utgör en omedelbar och väsentlig fara för sig själv eller andra.

Andra stycket. Kvarhållning får endast ske om lämpligare åtgärder är otillräckliga.

§ 6. Det tillfälliga beslutet om kvarhållande träffas av behandlingsinstitutionens chef och skall snarast möjligt meddelas drogmissbrukaren.

Andra stycket. Det tillfälliga beslutet enligt första stycket skall omedelbart föreläggas den myndighet som har fattat beslut enligt § 2, första stycket. Senast tre dagar efter det att det tillfälliga beslutet fattats, fattar nämnda myndighet det slutgiltiga beslutet. Drogmissbrukaren skall omedelbart meddelas beslutet, som skall vara skriftligt och motiverat.

§ 7. Kvarhållandet skall upphöra när förutsättningarna i § 5 inte längre föreligger. Kvarhållandet i det enskilda fallet får inte pågå i mer än fjorton dagar från beslutet i enlighet med § 6, andra stycket, och den sammanlagda tiden för kvarhållning får inte överstiga två månader under en sexmånadersperiod. Beslut om att upphöra med kvarhållandet fattas av behandlingsinstitutionens chef och skall därefter meddelas den myndighet som fattat beslutet enligt § 2, första stycket. Drogmissbrukaren skall omedelbart meddelas att kvarhållandet upphör.

§ 8. Den myndighet som fattat beslut enligt § 2, första stycket, skall på drogmissbrukarens anmodan begära rättslig prövning av beslutet enligt reglerna i retsplejelovens¹⁹ kapitel 43 a. Drogmissbrukaren skall både i förbindelse med kontraktets upprättande, jfr. § 3, första stycket, och i samband med att han eller hon meddelas beslut enligt § 6, andra stycket, orienteras om möjligheten till rättslig prövning av beslutet.

§ 9. Socialministern fastställer närmare regler för kvarhållande och inrapportering. Isolering och bältesläggning är inte tillåtet. Fysiskt tvång är tillåtet i den mån det är nödvändigt för att förhindra att drogmissbrukaren utsätter sig själv eller andra för omedelbar fara för skada till kropp och hälsa.

¹⁹ Jfr rättegångsbalken.

§ 10. Lagen träder i kraft den 1 juli 1992.

§ 11. Upphävd genom lov nr 272 av den 8.5.2002

§ 12. Lagen gäller inte för Färöarna och Grönland.

Lov om social service (nr 454 den 10 juni 1997)

Utdrag ur serviceloven:²⁰

Kapitel 16

Behandling m.m.

§ 85. Amtskommunen svarar för erbjudande om behandling av drogmissbrukare.

Andra stycket. Erbjudanden enligt första stycket skall genomföras senast 14 dagar efter hänvändelsen till amtskommunen.

Tredje stycket. En person, som har utretts för behandling, kan välja att behandlas i ett annat offentligt behandlingserbjudande eller godkänt privat behandlingserbjudande av motsvarande karaktär som det, som han utretts för enligt första stycket.

Fjärde stycket. Fristen enligt andra stycket kan frångås, om personen väljer att behandlas i ett annat offentligt eller godkänt privat behandlingserbjudande än det, som amtskommunen har utrett för enligt första stycket.

Femte stycket. Rätten att välja enligt tredje stycket kan begränsas, om hänsyn till vederbörande talar härför.

²⁰ Auktoriserad översättning av översättare med juridisk kompetens.

Finland*

Den finska *Lagen om missbrukarvård*, som trädde i kraft år 1987, reglerar i andra kapitlet vård oberoende av vuxen missbrukarens vilja. Av 10 § framgår att ”En missbrukare kan oberoende av sin vilja förordnas till vård om det har visat sig omöjligt att ordna vård och omsorg för honom genom sådan vård som bygger på frivillighet”. En av två förutsättningar måste vara uppfyllda:

- *Hälsorisk*, dvs. om omedelbar livsfara föreligger eller individens hälsa är på väg att skadas så allvarligt att ”brådskande vård” fordras, eller
- *Våldsamhet*, dvs. om individen ”till följd av sitt bruk av rusmedel genom sin våldsamhet allvarligt äventyrar en familjemedlems eller annan persons hälsa, säkerhet eller psykiska utveckling”.

Det första kriteriet kräver intyg av två läkare och vården kan pågå högst fem dygn. Tvångsvård på grund av våldsamhet kan förordnas av socialchef eller motsvarande för högst fem dagar. Beslutet skall omedelbart underställas förvaltningsdomstol. På framställning av socialnämnd kan länsrätten besluta om tvångsvård på grund av våldsamhet under högst 30 dygn. Vården skall avslutas så snart indikationerna inte längre föreligger.

Tvångsvård kan beredas av institution som godkänts av länsstyrelsen. Sedan mitten av 1990-talet har enbart institutioner i offentlig regi sådant tillstånd (Stenius 1997).

Den korta tvångsvård som förordnas av hälsoskäl registreras inte i Finland, och vi har därför ingen uppfattning om dess omfång. År 1990 fattades nio beslut om tvångsvård på grund av våldsamhet; under de senaste åren har inget sådant beslut fattats (Kaukonen & Stenius, under tryckning).

* Denna bilaga har författats av docent Kerstin Stenius, SoRAD, Stockholms universitet.

Gemensam tradition med Sverige

Rosenqvist & Takala (1987) pekar på de stora likheterna i den legala och administrativa ram som omgärdade regleringen av alkoholvården i Sverige och Finland i början av förra seklet. Båda länderna hade kriminaliserat drickande på offentlig plats (avkriminaliserades i Finland år 1969), båda hade lagar om tvångsvård av sinnessjuka, respektive tvångsinternering av lösdrivare, vilka också kunde tillämpas på alkoholister. Båda länderna kunde alltså redan göra tvångsomhändertaganden baserade på dryckenskap.

I Sverige infördes aldrig något alkoholförbud; Bratts motbokssystem blev en kompromiss. I Finland antogs däremot Förbudslagen år 1919, strax efter det att landet blivit självständigt. Den upphävdes år 1932 (främst av statsfinansiella skäl) och fyra år senare fick Finland sin Alkoholistlag. Denna lag var närmast identisk med den dåvarande svenska lagen. Kriterierna för ingripande var hemfallenhet och farlighet för egens eller annans säkerhet, försummande av försörjningsskyldighet, att ligga anhängig eller samhället till last, vara störande för omgivningen eller offentlig fylleri minst tre gånger under det senaste året. Åtgärdsskalan omfattade råd och varning, övervakning och tvångsinternering under tolv månader första gången, därefter längre.

Liksom i Sverige togs initiativ till åtgärder för missbrukare av en kommunal nämnd – i Finland socialnämnden. De finska nykterhetsnämnderna ansågs nämligen i början av 1930-talet alltför komprometterade av sin roll som kontrollmyndighet under Förbudslagen för att handha vårdärenden (Rosenqvist & Takala 1987). I Finland (liksom i Sverige) definierades alkoholproblem framför allt som (en orsak till) sociala problem. Icke desto mindre hade den medicinska professionen en viktig roll i legitimeringen av tvångsvården i båda länderna.

Den finska Alkoholistlagen ersattes år 1962 av Lag om vård av missbrukare av berusningsmedel, som hade samma grundkonstruktion som Alkoholistlagen med en skala av gradvis skärpta åtgärder. Under 1970- och 1980-talet minskade användningen av tvångsvård successivt (600 intagningar år 1970, 289 år 1980: Kaukonen & Stenius, under tryckning) medan den frivilliga vården fick allt större omfattning (Sarvanti 1986).

Initiativet till en ny lagreform kom redan i mitten av 1970-talet. År 1978 föreslog Delegationen för rusmedelsärenden i sitt betänkande en förändring av missbrukarlagen. Reformen uppsköts dock,

bland annat för att man samtidigt ville upphäva lösdrivarlagen (det skedde också år 1986, drygt 20 år senare än i Sverige, men genomfördes slutligen i samband med att planering och statsanslag till social- och hälsovården förändrades år 1984 (Sarvanti, *ibid.*).

Liberaliseringen som effekt av professionalisering

Hur kan man förklara att Finland slog in på en annan väg än Sverige på 1980-talet? En förklaring är att länderna har olika ”professionaliseringshistorier”. Den svenska missbrukarvården började professionaliseras omedelbart efter andra världskriget, då det medicinska inflytandet ökade och terapeutiska insatser inom nykterhetsvården betonades mer. Kommunerna fick ansvar för förebyggande insatser år 1956 och den frivilliga och öppna missbrukarvården byggdes ut kraftigt i kommunal regi. I Finland uppstod i stället vid samma tid en arbetsfördelning mellan å ena sidan stat och kommun, som svarade för tvångsvården och de administrativa tvångsbesluten, och å andra sidan A-klinikstiftelsen, som från mitten av 1950-talet etablerades för terapeutiska, professionaliserade och huvudsakligen öppenvårdstjänster (Kaukonen & Stenius, under publicering).

I 1970-talets debatt om missbrukarvården i Sverige kritiserades den professionaliserade välfärdsstaten (Beckman 1981), vilket ledde till en ny betoning av lekmanengagemang. I den finska debatten vid samma tid fick istället rättsskyddsaspekterna och den påvisade ineffektiviteten i tvångsvården störst tyngd, och kritiken riktades inte mot professionaliseringen, utan mot staten.

Under 1980-talet passerade Finland Sverige beträffande professionaliseringsgrad i missbrukarvården. Redan vid decenniets mitt krävdes akademisk examen för socialarbetarkompetens. Det faktum att ansvaret för att upprätthålla missbrukarvård i de finska kommunerna sedan 1987 åligger såväl socialvården som hälsovården, som båda sedan 1984 är kommunens ansvar, innebar en ytterligare professionell förankring av vården.

Utveckling av narkomanvården i de två länderna under 1990-talet illustrerar den finska professionaliseringens betydelse. Båda länderna har sedan 1960-talet fört en mycket strikt narkotikapolitik med allmänpreventiva argument. I Finland inleddes år 1996 underhållsbehandling av opiatmissbrukare efter ett så kallat konsensusbeslut i en medicinskt dominerad församling. Idag finns sådana

program över hela landet, i ett system som är reglerat men utan tak vad gäller antalet behandlade. Från och med år 1996 tillåts också – med hänvisning till folkhälsan – sprutbytesprogram, vilka idag omfattar uppskattningsvis 8 000 narkotikamissbrukare (Kaukonen & Stenius, under publicering). Inom narkomanvården tycks alltså den medicinska logiken, som betonar lindrande av lidande och att rädda liv samt evidensbaserad vård, dominera över sociala argument. Även om bland annat organisationer för föräldrar till narkomaner framfört krav på utökade tvångsvårdsmöjligheter, förefaller det mycket osannolikt att de skall vinna gehör hos de finska lagstiftarna.

Statens frånvaro

En annan förklaring till skillnaderna mellan Sverige och Finland sedan slutet av 1980-talet är den finska statens minskade involvering i tvångsvården. Hela ansvaret för tvångsvården åvilar kommunen. Det märks dels i lagen, där man i Finland *kan* förordna om tvångsvård för en missbrukare, medan den svenska lagen ger kommunen en *skyldighet* att bereda tvångsvård i vissa situationer, dels i att kommunen får stå för hela kostnaden för tvångsvård i Finland men inte i Sverige.

Paternalism, likgiltighet och liberalism

I en översikt över tvångsvårdens grunder i de nordiska länderna, karakteriserade Lehto (1994) såväl Sverige som Finland som paternalistiska – Finland dock i mindre grad eftersom sociallagstiftningen var mindre omfattande än den svenska, och begränsad till akut farliga situationer. Han pekade också på det svala intresset för att tillämpa tvångslagen, ett intresse som sedan dess ytterligare avtagit.

Men missbrukare blir också föremål för tvångsåtgärder enligt andra lagar. Kring år 1990 tycktes Finland ha tre gånger flera intagningar i psykiatrisk vård för alkoholpsykos än Sverige (ibid.).¹ Finland har också utmärkt sig bland de nordiska länderna för sitt stora antal polisomhändertaganden för offentlig berusning. År 1998 var

¹ Antalet tvångsintagningar på grund av missbruk i finsk psykiatri var i början av 1990-talet 600 per år.

de drygt 90 000, vilket var två-tre gånger fler än i Sverige (Nordic alcohol statistics 2000). Lehto (1994) konstaterade också att Finland i mitten av 1990-talet hade det största antalet fångar per invånare i Norden och att en lika stor andel av dessa har missbruksproblem som i Sverige, medan särskild vård åt missbrukare endast erbjöds på två avdelningar i de finska fängelserna (Lehto 1994).

Nyligen uppmärksammades i Finland det stora antalet bötesförvandlingsfångar. År 2002 internerades 2 156 sådana fångar, vilkas brott i huvudsak var snatteri. En fjärdedel hade begått narkotikabrott, antingen som huvud- eller sidoförbrytelse, medan åtta procent var dömda för rattfylleri. Enligt utredningen bedömdes mer än två tredjedelar vara storkonsumenter av alkohol eller narkotika, och hälften svårt beroende av rusmedel (antingen kontinuerligt alkoholbruk, ibland varvat med bruk av surrogatsprit, eller kontinuerligt intravenöst narkotikabruk). En lika stor andel tillbringade mer än 60 dagar i fängelse (Sakon muutosrangaistuksen järjestyminen 2003). En omfattande reform av lagen, så att missbrukare kan erbjudas vård i stället för fängelse, har nyligen föreslagits i en utredning.

Lehto (1994) karakteriserade för knappt tio år sedan i sin nordiska jämförelse Finland som ett paternalistiskt, men likgiltigt i förhållande till missbrukare. Samhället har rätt att ingripa med tvång mot en persons missbruk för dennes bästa, men tycks å andra sidan visa ”minst ansvar för att ordna vård/omsorg av andra” i en nordisk jämförelse. Denna bedömning grundar han på det stora antalet omhändertaganden av missbrukare utan någon som helst rehabiliterande ambition, de få vårdprogrammen i fängelserna och antalet tvångsintagningar för alkoholpsykos. Bötesförvandlingsfångarna kunde läggas till samma indiciellista.

Utvecklingen inom narkomanvården med dess expansiva underhållsbehandling och sprutbytesprogram tyder å andra sidan på att Finland rör sig mot en ökad liberalisering på missbrukarvårdens område.

Referenser

- Beckman, Svante (1981). *Kärlek på tjänstetid - om amatörer och professionella inom vården*. Stockholm: Arbetslivscentrum.
- Kaukonen, Olavi & Stenius, Kerstin (under tryckning). Universalism under re-construction: From administrative coercion to professional subordination of substance misusers. I: Kildal, H. & Kuhnle, S (red.). *The normative foundation of the Nordic welfare state*.
- Lehto, Juhani (1994). Involuntary treatment of people with substance related problems in the Nordic countries. I: Järvinen, Margaretha & Skretting, Astrid (red.). *Missbruk och tvångsvård*. NAD-publikation nr 27. Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD).
- Nordic alcohol statistics 1994–1998. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift, English supplement, 127–140.
- Rosenqvist, Pia & Takala, Jukka-Pekka (1987). Two experiences with lay boards: the emergence of compulsory treatment of alcoholics in Sweden and Finland. *Contemporary Drug Problems*, Spring 1987: 15–38.
- Sakon muutosrangaistuksen järjestyminen (Bötesförvandlingsstraff). *Lausuntoja ja selvityksiä* 2003:11. Selvitysmiesten ehdotus. Helsinki: Oikeusministeriö.
- Sarvanti, Tapani (1986). Ny lag om missbrukarvård i Finland. *Alkoholpolitik - Tidskrift för nordisk alkoholforskning* 4: 233–235.
- Stenius, Kerstin (1997). Statistik över missbrukarvård i Norden. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 14 (2): 83–102.

Appendix

Lagen om missbrukarvård 17.1.1986 (nr 41)

Utdrag ur Lagen om missbrukarvård.¹

2 kap. Vård oberoende av missbrukarens vilja

10 §

Förutsättningar för vårdförordnande

En missbrukare kan oberoende av sin vilja förordnas till vård, om det har visat sig omöjligt att ordna vård och omsorg för honom genom sådan service som bygger på frivillighet, eller om den har visat sig otillräcklig, förutsatt att han,

1. om bruket av rusmedel inte avbryts och behövlig vård ges, till följd av sjukdom eller skada som han lider av eller genom sitt bruk av rusmedel omedelbart håller på att ådra sig, är i omedelbar livsfara eller håller på att ådra sig sådan allvarlig skada i fråga om sin hälsa som kräver brådskande vård (*hälsorisk*), eller
2. till följd av sitt bruk av rusmedel genom sin våldsamhet allvarligt äventyrar en familjemedlems eller annan persons hälsa, säkerhet eller psykiska utveckling (*våldsambet*).

Vad som stadgas i 1 mom. 2 punkten tillämpas inte på den som är under 18 år, om inte särskild anledning därtill föreligger.

11 §

Vård på grund av hälsorisk

Ansvarig läkare vid hälsovårdscentral eller behörig överläkare vid sjukhus kan med stöd av utlåtande av annan läkare förordna att någon oberoende av sin vilja på grund av hälsorisk skall intas för vård under högst fem dygn.

¹ Officiell översättning från finska.

Berättigad att avge läkarutlåtande är läkare vid hälsovårdscentral eller mentalvårdsbyrå eller annan läkare.

I instruktion kan föreskrivas att beslut om vårdförordnande kan fattas av annan läkare än ansvarig läkare vid hälsovårdscentral eller behörig överläkare vid sjukhus.

12 §

Kortvarig vård på grund av våldsamhet och underställande av beslut

En tjänsteinnehavare som avses i 10 § 2 mom. socialvårdslagen (710/1982) och som ett i 6 § 1 mom. i nämnda lag angivet organ har förordnat att sköta uppgiften har rätt att enligt de grunder som fastställts av organet och enligt dess allmänna anvisningar förordna att en missbrukare oberoende av sin vilja på grund av våldsamhet skall tas in för vård under högst fem dygn för avbrytande av bruket av rusmedel och att besluta om därtill anslutna andra åtgärder samt att i dessa fall själv eller genom ombud föra organets talan.

Ett beslut genom vilket någon oberoende av sin vilja har förordnats till vård skall omedelbart underställas förvaltningsdomstolen för fastställelse.

13 §

Vård på grund av våldsamhet

Länsrätten kan på framställning av socialnämnden besluta att en person på grund av våldsamhet skall förordnas till vård oberoende av sin vilja under högst 30 dygn, då den i 12 § angivna vårdtiden har visat sig vara otillräcklig.

14 §

Hörande av part och utredning av vårdbehov

Innan beslut som avses i detta kapitel fattas skall part beredas tillfälle att bli hörd på det sätt som bestäms i 34 § förvaltningslagen (434/2003).

Innan beslut fattas på grund av en persons våldsamhet skall erforderlig utredning inhämtas beträffande de omständigheter som utgör grund för beslutet samt i mån av möjlighet beträffande hans

levnadsförhållanden och tidigare rehabiliteringsåtgärder. Innan någon förordnas till vård enligt 13 § skall dessutom läkarutlåtande över hans hälsotillstånd inhämtas.

15 §

Verkställande av beslut

Beslut om vård som avses i detta kapitel skall verkställas omedelbart trots att underställning skett eller ändring sökts.

Har i 11 eller 12 § nämnt beslut om vård under en tid av högst fem dygn ej kunnat verkställas inom ett dygn, och på motsvarande sätt i 13 § nämnt beslut om vård under en tid av högst 30 dygn ej kunnat verkställas inom fem dygn från det beslutet fattades, skall beslutet förfalla.

16 §

Ordnande av vård

En klient skall beredas möjlighet att delta i planeringen av vården, valet av åtgärder och vårdsamfundets verksamhet.

När en klient är intagen för vård som avses i detta kapitel, skall hänsyn även tas till behovet av vård och stöd för barn som han har vårdnaden om.

Socialnämnden skall ge i 8 § nämnt stöd samt annat behövligt stöd även efter det att den vård som avses i detta kapitel har upphört.

17 §

Avslutande av vård

Vård som lämnas oberoende av missbrukarens vilja skall avslutas så snart i 10–13 §§ angivet vårdbehov ej längre föreligger.

Om avslutande av vård som avses i detta kapitel beslutar i verksamhetsenhet inom socialvården föreståndaren för verksamhetsenheten efter att ha hört respektive vårdgrupp. Kan vårdgruppen inte sammankallas i tillräckligt god tid, skall föreståndaren för verksamhetsenheten besluta om avslutande av vården utan att ha hört vårdgruppen.

Beslut om avslutande av vård i verksamhetsenhet inom hälsovården fattas på det sätt som därom stadgas eller bestäms särskilt.

18 §

Godkännande av verksamhetsenheter

De verksamhetsenheter där vård kan ges godkänns av länsstyrelsen.

3 kap. Sökande av ändring

19 §

Sökande av ändring

Om sökande av ändring i beslut som avses i denna lag gäller vad som stadgas i 7 kap. socialvårdslagen, om inte nedan stadgas annorlunda.

20 §

Sökande av ändring hos länsrätten

I beslut, som gäller förordnande av någon till vård oberoende av hans vilja i enlighet med 11 eller 12 §, får ändring sökas genom besvär hos länsrätten inom 14 dagar från delfåendet.

I beslut som med stöd av 12 § 3 mom. skall underställas länsrätten för fastställelse får ändring inte sökas genom besvär.

21 §

Sökande av ändring hos högsta förvaltningsdomstolen

I länsrättens utslag i besvårs- eller underställningsärende varigenom någon förordnats till vård oberoende av sin vilja får ändring sökas genom besvär hos högsta förvaltningsdomstolen på det sätt som stadgas i lagen om ändringssökande i förvaltningsärenden (154/50).

Besvärsskriften jämte bilagor kan även tillställas länsrätten för vidarebefordran till högsta förvaltningsdomstolen.

22 §

Avbrytande av verkställighet

Då underställning har skett eller ändring har sökts, kan underställnings- eller besvärsmyndigheten förbjuda verkställighet av beslutet eller förordna att den skall avbrytas.

23 §

Brådiskande handläggning

I denna lag nämnda ärenden som gäller underställning av beslut eller sökande av ändring i beslut om vård av någon oberoende av hans vilja skall handläggas i brådiskande ordning.

4 kap. Särskilda stadganden

24 §

Vårdgrupper

I sådan verksamhetsenhet inom socialvården som lämnar i 2 kap. nämnd vård finns en vårdgrupp för planering och genomförande av vården. Om vårdgruppens sammansättning och uppgifter stadgas genom förordning.

25 §

Klientgrupper

I verksamhetsenhet som lämnar i 2 kap. nämnd vård kan finnas en klientgrupp. Om klientgruppens uppgifter och sammansättning stadgas genom förordning.

26 §

Isolering

Den som förordnats till vård oberoende av sin vilja kan isoleras i en verksamhetsenhet, om han är till fara för sig själv eller andra eller om isolering annars är synnerligen motiverad med hänsyn till vården av honom. Isoleringen får inte utan nytt beslut fortgå i en följd längre tid än 24 timmar, och den skall ske under ständig tillsyn av verksamhetsenhetens personal. Isoleringen får inte utan särskilda, i förordning nämnda skäl fortsättas omedelbart. Ej heller i detta fall får isoleringstiden överskrida 48 timmar.

Om isolering i verksamhetsenhet inom socialvården beslutar föreståndaren för verksamhetsenheten. Beslut om isolering i verksamhetsenhet inom hälsovården fattas på det sätt som därom stadgas eller bestäms särskilt.

27 §

Tvångsåtgärder och begränsningar

Har den som är intagen för sådan vård som avses i 2 kap. i sin besittning rusmedel eller tillbehör som är förknippade med bruket av sådana eller medel eller föremål som äventyrar säkerheten, skall dessa omhändertas av verksamhetsenheten.

Finns det grundad anledning att misstänka att någon i sin besittning har i 1 mom. nämnda ämnen, medel eller föremål, kan han underkastas kroppsvisitation. Finns det grundad anledning att misstänka att till någon adresserad post eller annan försändelse innehåller dylika ämnen, medel eller föremål eller annat som äventyrar säkerheten, kan innehållet i posten eller försändelsen granskas i hans närvaro och utan att brev läses.

Beslut om åtgärder enligt 1 och 2 mom. fattas i verksamhetsenhet inom socialvården av dess föreståndare. I verksamhetsenhet inom hälsovården fattas beslut om åtgärder på det sätt som därom stadgas eller bestäms särskilt.

28 §

Närmare bestämmelser

Närmare bestämmelser om verkställigheten av denna lag utfärdas genom förordning av statsrådet.

Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet fastställs formulären för de blanketter som skall användas för sådana beslut som avses i denna lag. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan även bestämmas om de förutsättningar under vilka vård betraktas som sådan i 50 kap. 7 § strafflagen (39/1889) avsedd vård som har godkänts av social- och hälsovårdsministeriet. Genom förordning av social- och hälsovårdsministeriet kan vidare utfärdas bestämmelser om ordnandet och genomförandet av medicinsk vård för narkotikaberoende personer.

Social- och hälsovårdsministeriet kan meddela anvisningar om ordnande och genomförande av missbrukarvård.

Norge*

Inledning

Lov om sosiale tjenester m.v. (Sotjl) antogs av Stortinget 1991 med ikraftträdande den 1 januari 1993. Genom den nya lagen upphörde tre tidigare lagar inom det sociala området vilka istället ”inkorporerades” i Sotjl, däribland 1932 års *Edruskapsvern og edruskapsnemnder* med tillämpning på såväl missbruk av alkohol som andra droger respektive 1984 års lag om fylkeskommunalt ansvar för alkoholinstitutioner.¹

Lov om sosiale tjenester uppvisar i många avseenden stora likheter med socialtjänstlagen. Båda bygger på en ramlagstiftningsteknik; i Norge är Sotjl exempel på en *fullmaktslov* som innebär att regeringen kan utfärda föreskrifter på olika områden. Sådana föreskrifter har dock inte utfärdats som komplettering till kapitel 6 som reglerar åtgärder gentemot *rusmiddelmissbrukere*.² I såväl Sotjl som SoL anges de grundläggande förutsättningarna för socialtjänstens ansvarsområden. Syftesbestämningen i § 1-1 Sotjl ”är så generellt utformad att den inte bara kan tjäna som syftesbestämelse för denna lag, utan också som en mer allmänt hållen ’grundlag’ för hela den norska välfärdsstaten. Socialtjänsten är inte ensam om att arbeta för denna målsättning utan måste samverka med andra för att kunna uppfylla målen, till exempel försäkringskassan, sjukvården, skolan m.fl.” (Kjønstad 2000, s. 26). Men det finns också skillnader: I Sotjl inkorporerades inte barnavårdslagen, utan

* Denna bilaga har författats av socionom Weddig Runquist, sekreterare i LVM-utredningen.

¹ Edruskapsvernsloven får anses ha haft påtagliga influenser på 1946 års alkoholistvårdsutredning vars förslag till ”Lag om nykterhetsvård m.m.” (SOU 1948:23) var en direktöversättning av begreppet *Edruskapsvern*, medan begreppet nykterhetsnämnd (*edruskapsnemnd*) infördes samtidigt i både 1931 års Alkoholistlag i Sverige och 1932 års norska lagstiftning.

² I föreskrift 4/12 1992 nr 915, kapitel 5, finns dock föreskrift om de intagnas rättigheter och bruk av tvång i institutioner som är avsedda för missbrukare.

den sociala barnvården regleras i särskild lagstiftning.³ I den norska lagen regleras tvångsåtgärder gentemot *rusmiddelmissbrukere* till skillnad från vad fallet är i Sverige, där samma område regleras i en speciallagstiftning som ett komplement till den allmänt utformade socialtjänstlagen.

Regleringen i Sotjl om personer med missbruksproblem har förändrats på avgöranden punkter sedan lagens tillkomst 1993. I det följande redovisas den stegvis förändring som skett. I appendix till denna bilaga återges gällande lagstiftning med lydelse fr.o.m. den 1 januari 2004. I föreliggande redovisning berörs emellertid inte den särslagstiftning som finns i § 6-2 a om gravida kvinnor. Av dispositionsskäl redovisas denna i stället i kapitel 9 i detta betänkande.

Rusreformens genomförande och ansvarsfördelningen inom missbrukarvården

Kommunerna ansvarar för hjälpinsatser inklusive tvångsåtgärder visavi personer med missbruksproblem (Sotjl kap. 6). Däremot är det inte kommunerna som har haft huvudansvaret för institutioner som riktar sig till missbrukare. Fram till årsskiftet 2003/04 låg denna uppgift på fylkeskommunerna, men genom Stortingets beslutade rusreform 2002 och 2003 har en ny organisation trätt i kraft fr.o.m. den 1 januari 2004. Reformen innebär en väsentlig förändring av den norska missbrukarvården, och syftet har enligt regeringen varit att ”stärka behandlingsutbudet för missbrukare” (Ot.prp. nr. 3 2002-03, s. 5). Intentionerna bakom reformen berördes också i regeringens handlingsplan mot rusmedelsproblem:

Lika viktigt är det ansvar som det allmänna har för att försäkra att alla som har behov av det också ges tillgång att genomgå en effektiv behandling och rehabilitering. Det skall vara enkelt att få behandling och nödvändig hjälp när sådant behov finns. På motsvarande sätt skal det vara svært att neka missbrukare hjelp når alternativet är nød eller død. /.../ Missbrukare skall ha samma tillgång till *helsetjenester* som befolkningen som helhet. (Sosialdepartementet [2002]: *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005*)

³ *Lov om sosiale tjenester m.v.* hade föregåtts av två propositioner från regeringen Brundtlands sida. Den första propositionen lades fram 1989 (Ot.prp. nr. 60 1988-89). Regeringen Syse drog tillbaka propositionen. Efter det att Brundtland åter blivit statsminister presenterades en ny, omarbetad version av den tidigare propositionen (Ot.prp. nr 29 1990-91). I den slutgiltiga propositionen var barnvårdslagen inte längre en del av den föreslagna lagen, utan på detta område finns en särskild lagstiftning (1992 års lov om barneverntjenester). Se vidare Hübner (1990, 1991).

Stortinget beslöt därför 2002 att som i en första etapp (Rusreform I) överföra ansvaret och huvudmannskapet för den specialiserade missbrukarvården (spesialiserte helsetjenester for rusmiddelmissbrukere) från fylkeskommunerna till staten. Avsikten var att åstadkomma ett mer enhetligt utbud till hög kvalitet över landet som helhet. Den första etappen av Rusreformen genomfördes dock inte separat, utan kom i stället att koordineras med den andra etappen. Hösten 2003 godkände Stortinget etapp nr 2 av Rusreformen (Ot.prp. nr. 54 2002-03, Innst. O. nr. 4 2003-2004), vilket innebar att huvudmannskapet för övriga icke-specialiserade institutioner inom missbrukarvården överfördes från fylkeskommunerna till kommunerna.

Rusreformen innebär således att fylkeskommunerna inte längre ansvarar för missbrukarvården, utan detta är nu en renodlad statlig och kommunal angelägenhet. Den specialiserade missbrukarvården har överförts till staten. De enskilda institutionerna tillhör organisatoriskt någon av landets fem regionala *helseforetak*, vars verksamhet regleras i *spesialisthelsetjenesteloven*. I denna organisation finns för övrigt redan landets samtliga somatiska och psykiatriska sjukhus som sedan den 1 januari 2002 hade överförts från fylkeskommunerna till staten.⁴ De icke-specialiserade institutionerna inom missbrukarvården, exempelvis av omvårdnadskaraktär, har samtidigt överförts från fylkeskommunerna till de enskilda kommunerna.

Reformen innebär att även läkare kan remittera personer med missbruksproblem till specialiserade missbruksinstitutioner, eftersom dessa numera tillhör samma organisation som den sjukhusbaserade vården. Detta är en avgörande förändring jämfört med tidigare, eftersom det innebär att en klient inte längre behöver vända sig till socialtjänsten för att få hjälp för sina alkohol- eller drogproblem. Socialtjänsten har dock i likhet med tidigare ansvaret för hjälp- och stödsatser efter avslutad institutionsbehandling. Behandlingsinstitutionerna har ålagts en varselplikt, vilket innebär att institutionen i god innan patientens utskrivning skall kontakta socialtjänsten, förutsatt att klienten medger detta, i syfte att planera och förbereda utskrivningen (§ 7-6 a Sotjl, § 3-15 spesialisthelsetjenesteloven).

Rusreformen berör inte processordningen när det gäller att prövningen av socialtjänsten förslag till placering i tvångsvård med

⁴ Rusreformens genomförande förutsatte att huvudmannskapet för sjukhusen redan hade övertagits av staten.

stöd av §§ 6-2 eller 6-2 a. Fylkesnemnda kommer alltså även fortsättningsvis vara det domstolsliknande förvaltningsorgan som avgör frågan om tvångsintagning av klienter. De regionala helseforetakene har dock ansvaret för att avgöra vilka institutioner som skall användas i samband med tvångsintagning.

Tvångsåtgärder enligt tidigare lagstiftning

Professor Jan Fridthjof Bernt (2000) vid Universitetet i Bergen har framhållit, att ”tvångsåtgärder som riktas mot denna grupp (rusmedelsmissbrukare) har en lång och inte särskilt ärorik tradition” (s. 237). Före Sotjl tillkomst reglerades tvångsåtgärder mot missbrukare i 1932 års Edruskapsvernlov. En person med alkohol- eller andra missbruksproblem kunde efter beslut av den kommunala hälso- och socialnämnden (*helse- og sosialstyret*) tvångsintas på särskilt anvisat sjukhus under 30 dagar i syfte att genomgå en undersökning eller behandling för sitt missbruk (6 a §). Denna tid kunde förlängas men fick under loppet av ett år inte överstiga 90 dagar. Det bör dock påpekas att denna regel i praktiken inte användes (Ot.prp. 29 1990–91, s. 88 och 93). Om personen ifråga inte rätade sig efter hälso- och socialnämndens påbud kunde denne bli tvångsintagen ”i et av Kongen godkjent kursted” under en period av två år, förutsatt att personen ifråga uppfyllde någon av de fem indikationer som angavs i 7 §:

1. mishandler sin ektefelle eller sine barn eller utsetter barna for sedelig forderv eller vanrøkt,
2. forsømmer sin forsørgelsesplikt efter gjeldende lover,
3. utsetter seg selv for alvorlig legemlig eller sjelelig skade, volder fare for sig selv eller andre, eller gjentatte ganger foreulemper sine omgivelser,
4. faller sosialomsorgen eller sin familie til byrde,
5. forøder eller forspiller sitt gods, så det må fryktes for at det kan oppstå trang for ham selv eller hans familie.

Tvångsingripanden med stöd av 7 § kom inte att användas i den utsträckning som lagstiftaren hade förväntat sig, i varje fall inte under åren närmast före lagen upphörde att gälla. Ett av skälen kan ha varit att lagbestämmelsen mer sällan användes gentemot narkotikamissbrukare, trots att lagen även omfattade denna kategori av missbrukare.

I den statliga utredning som föregick tillkomsten av Lov om sociale tjenester, riktades kritik mot utformningen av Edruskapsloven med hänsyn till att indikationerna var alltför vida, att den maximala längden på tvångsomhändertagandet var för omfattande (två år) samt det faktum att lagen sällan användes: av totalt 20.000-25.000 inskrivningar på alkoholinstitutioner uppgick antalet tvångsintagna till enbart 14-15 per år (NOU 1985:18 s. 225, 232).

Innebörden av bestämmelserna i Sotjl om tvångsintagning av missbrukare

1. Sosiallovutvalgets förslag och 1991 års lag

Utgångspunkten i Sosiallovutvalgets förslag om särskilda hjälpinsatser gentemot alkohol- och drogmissbrukare var att dessa i första hand skulle grundas på frivilliga insatser. Utredningen föreslog i sitt betänkande (NOU 1985:18) en betydligt mer begränsad möjlighet till tvångsingripande jämfört med vad som senare kom till uttryck i regeringens proposition. Av Socialdepartementets handlingsvägledning (1999) om tvångsbestämmelserna i Sotjl understryks att det är "eskalationsprincipen" som gäller vid val och prioritering av hjälpinsatser, dvs. frivilliga insatser gäller före tvångsåtgärder. När tvångsinsatser skall vidtas skall § 6-3 (s.k. frivilligt tvång) i första hand komma i fråga.

Sociallovutvalget föreslog att person som "vid omfattande och fortgående missbruk av rusmedel utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara" och där frivilliga insatser inte bedömdes tillräckliga, skulle kunna bli intagen på institution utan eget samtycke under högst tre veckor. Om åtgärden inte kunde verkställas inom sex veckor skulle den, enligt utredningens förslag, upphävas (NOU 1985:18 s. 232, 375). Sosiallovutvalget förutsatte att bestämmelsen inte skulle komma till användning särskilt ofta, och man antog att bestämmelsen i större utsträckning skulle tillämpas på narkomaner jämfört med alkoholmissbrukare. Utredningens förslag till behandling utan eget samtycke snävades in ytterligare genom att man i den allmänna motiveringen klargjorde, att bestämmelsen i större utsträckning tog fasta på yngre missbrukare, "eftersom bestämmelsen förutsätter att tvång endast skall användas när det kan förväntas ha en positiv effekt på vederbörandes behandlingssituation. Mot denna bakgrund är bestämmelsen bättre att tillämpas mot en ung nar-

koman jämfört med en äldre alkoholmissbrukare /.../ (NOU 1985:18 s. 232).

I regeringens proposition som föregick Lov om sociale tjenester – vilket också blev Stortingets beslut – utsträcktes behandlingstiden utan samtycke från tre veckor till tre månader då man ansåg att tre veckor var en alltför kort tid för att kunna motivera klienten till behandling (Ot.prp. nr. 29 1990-91). En annan väsentlig skillnad mellan regeringens och Sosiallovutvalgets förslag var utformningen av rekvisitet för den tvångsintagning. Sosiallovutvalget föreslog att det skulle föreligga en ”allvarlig fara”, men regeringen ansåg att det var tillräckligt med att det skulle föreligga en ”fara” för den enskildes liv och hälsa. Propositionen ger ingen vägledning till denna förändring. I nu gällande § 6-2 stadgas således följande i första stycket:⁵

Om någon utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för fara genom omfattande och ihållande missbruk, och om hjälpåtgärder enligt § 6-1 inte är tillräckliga, kan det beslutas att vederbörande utan eget samtycke tas in på en institution för undersökning och planering av behandling och kvarhålls där i upp till tre månader.

När det gällde frågan om gravida kvinnor med missbruksproblem vilka inte bedömdes uppfylla rekvisitet att utsätta sin egen hälsa för fara, underströks emellertid i regeringens proposition att man fann det ”betänkligt att reglera detta genom de aktuella tvångsbestämmelserna” (Ot.prp. nr. 29 1990-91, s. 89). Departementet förutsatte att det i flertalet fall där det förelåg en fara för fostret skulle den blivande modern själv vara i en sådan situation att hon uppfyllde villkoren för tvångsintagning.

2. Villkor för placering på institution

Vid tvångsintagning med stöd av § 6-2 får placering endast ske på sådan institution som har ”yrkesmässig och materiell kapacitet att erbjuda vederbörande tillfredsställande hjälp sett i förhållande till syftet med intagningen på institutionen” (§§ 6-2 tredje stycket). I Sotjl ursprungliga lydelse från december 1991 förutsatte fylkesnemndas beslut om tvångsintagning att det *på förhand* var klarlagt att den aktuella institutionsplaceringen uppfyllde kravet om ”yrkesmässig och materiell kapacitet”. I dåvarande § 6-2 stadgades att ett beslut om tvångsintagning ”kan bare treffes” osv. Denna ordning

⁵ Auktoriserad översättning av översättare med juridisk kompetens.

medförde att socialtjänstens ärenden om tvångsintagning inte kunde behandlas av fylkesnemnda förrän den föreslagna institutionens kapacitet var utredd.

I den reviderade lagbestämmelsen i §§ 6-2 som trädde i kraft den 1 januari 1999 får fylkesnemndas beslut endast ”settes i verk” (verkställas) när institutionsplaceringen motsvarar kravet på ”yrkesmässig och materiell kapacitet”. Fylkesnemnda får alltså numera fatta ett beslut om tvångsintagning, men socialtjänsten får därefter inte verkställa det förrän rekvisitet i övrigt är uppfyllt.

3. Intagning på institution utan eget samtycke (§ 6-2)

Som en sistahandsåtgärd kan socialtjänsten ta initiativ till tvångsintagning på institution av person som avböjt hjälpinsatser som man anser att denne är i behov av. Det bör emellertid understrykas att bestämmelsen ger kommunen en möjlighet men inte en skyldighet att ansöka om tvångsintagning enligt denna paragraf. Förutsättningen är att insatser enligt § 6-1 inte bedöms vara tillräckliga, dvs. insatser av frivillig natur. Andenæs (2003) benämner detta för ”det mildaste ingreppets princip” (s. 241). Tvångsingripande förutsätter att tre villkor är uppfyllda (§ 6-2):

1. Personen ifråga ”utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för fara genom omfattande och ihållande missbruk”.
2. Missbruket är omfattande och fortgående.
3. Frivilligt hjälpinsats enligt § 6-1 är inte tillräckligt.

Intagning på institution utan eget samtycke får fortgå under högst tre månader. Beslut fattas av fylkesnemnda efter ansökan från socialtjänsten. Beslutet får dock inte verkställas av socialtjänsten förrän det står klart, att ”institutionen har yrkesmässig och materiell kapacitet att erbjuda vederbörande tillfredsställande hjälp sett i förhållande till syftet med intagningen på institutionen” (§ 6-2).

Relativt få personer har sedan 1993 blivit föremål för tvångsintagning enligt § 6-2, vilket framgår av tabell 1.

Tabell 1. Beslut fattade av fylkesnemnda om kvarhållning på institution under perioden 1997-2001 enligt § 6-2 Sotjl.

Typ av beslut	1997	1998	1999	2000	2001
Beslut av fylkesnemnda om kvarhållning enligt § 6-2	22	31	64	24	44
Midlertidig vedtak som godkänts av ordf. i fylkesnemnda	0	2	33	31	31

Källa: Sosialdepartementet i Norge.

Stortingets socialutskott har vid olika tillfällen reagerat på att det skett relativt få intagningar med stöd av § 6-2 (Innst.S. nr. 180 1995-96, Innst.S. nr 184 1996-97). I en stortingsmelding⁶ från 1996-97 om narkotikapolitiken framhöll departementet bland annat följande:

Användningen av formellt tvång i behandling av missbrukare löser i sig inga problem. Erfarenheterna från de specialiserade, låsta tvångsinstitutionerna för vuxna missbrukare i Sverige är genomgående dåliga. Användningen av socialtjenestlovens tvångsbestämmelser kan emellertid vara ett viktigt hjälpmedel för att starta en motivations- och förändringsprocess. Den kan ge missbrukaren tid till att etablera kontakt med institutionen och med människor som kan bli viktiga stödresurser i en process ut ur missbruket. Det är därför Sosial- og helsedepartementets uppfattning att bestämmelsen fram till dags datum har använts för lite. (St.meld. nr. 16 1996-97, s. 20-21)

Enligt departementet var utformningen av den dåvarande bestämmelsen om "institutionen har yrkesmässig och materiell kapacitet" (§ 6-2 andra stycket) en viktig anledning var att bestämmelsen hade tillämpats i så pass liten utsträckning under de första åren.⁷ Erfarenheterna visade att detta var en tidskrävande process som ställde till med praktiska problem för socialtjänsten. I stortingsmelding nr. 16 (1996-97) föranstaltade departementet om att regeringen skulle återkomma med en proposition där institutionsplaceringen inte

⁶ Stortingsmeldinger förekommer vid sidan av propositioner. "De innehåller ingen detaljerad lagtext och utnyttjas av regeringen för att ge stortinget möjlighet till en allmän principdiskussion i stora kontroversiella frågor innan det slutliga lagförslaget läggs fram" (Petersson 1998, s. 72).

⁷ Denna tolkning är inte oomtvistad. Den norske forskaren Even Nilssen drar andra slutsatser utifrån ett starkt kritiskt förhållningssätt visavi paternalistiskt tvång (se Nilssen 1999, Nilssen & Lien 1999, Lien & Nilssen 2000).

nödvändigtvis behövde vara fastställd före nämndens prövning.⁸ Regeringens förslag i Ot.prp. nr. 78 (1997-98) anknöt till uttalandet i departementets stortingsmelding.

Om socialtjänsten inte anser att det går att avvakta fylkesnemndas ställningstagande kan man fatta ett *midlertidig vedtak* (preliminärt beslut). Här finns skäl att återge de principiellt viktiga förändringar ur rättssäkerhetssynpunkt som ägde rum den 1 januari 1999. Före 1999 var utformningen av sistnämnda lagbestämmelse anmärkningsvärt olika i det fall det rörde sig om midlertidig vedtak i samband med intagning utan samtyck enligt § 6-2 eller om det avsåg en gravid kvinna enligt § 6-2 a:

- Om det preliminära beslutet gällde en gravid kvinna föreskrevs att ordföranden i fylkesnemnda om möjligt skulle besluta i saken inom 48 timmar och att socialtjänsten därefter hade en frist på två veckor för att ansöka om slutgiltig tvångsvård.
- Om det preliminära beslutet i stället avsåg en person där beslutet hade fattats med stöd av § 6-2 saknades det en motsvarande regel om att ordföranden i nämnden skulle fatta beslut i ärendet. I lagen fanns inte heller någon uttrycklig bestämmelse inom vilken tidsfrist som fylkesnemnda skulle besluta i ärendet, utan den enda reglering som fanns tog sikte på att kommunen hade en frist på *tre* veckor (jfr § 6-2 a) för att ansöka om slutgiltig tvångsvård när fylkesnemnda hade tagit ställning till kommunens midlertidig vedtak.

Denna diskrepans påtalades och kritiserades starkt i en rapport som en expertgrupp överlämnade 1995 till (dåvarande) Sosial- og helsedepartementet, där gruppen hade utvärderat tillämpningen av lagbestämmelserna och departementala anvisningar om tvångsvård. I rapporten framkom att på sådant sätt som bestämmelsen hade tillämpats i § 6-2 hade personer som blivit föremål för denna typ av *vedtak* fått vänta mellan 29 till 50 dagar innan fylkesnemnda tog ställning till beslutets laglighet. ”Detta är enligt expertgruppens uppfattning en ohållbar praxis som kan komma att bedömas stå i strid med principen om ’fair trial’ i artikel 6 i den europeiska konventionen om mänskliga rättigheter”, betonade expertgruppen (s. 8). Expertgruppen ansåg att bestämmelsen i § 6-2 skulle utformas utifrån motsvarande bestämmelse i § 6-2 a, men också att rekvisitet

⁸ Förslaget baserades på en rapport som utarbetats av en expertgrupp med uppgift att utvärdera användningen av tvång i behandling av missbrukare (28.9.1995).

för midlertidig vedtak skulle skärpas och endast avse när personen ifråga befann sig ”i en akut livshotande situation”.

Expertgruppens förslag i denna del ledde fram till en lagändring 1999 då fristerna i ovannämnda paragrafer gjordes enhetliga (Ot.prp nr 78 1997-98).⁹

4. *Kvarhållningsrätt på institution med klientens samtycke (§ 6-3)*

Enligt 6-3 § StjL finns det, under vissa förutsättningar, möjlighet att kvarhålla klienten på behandlingsinstitutionen ”när det uppstår kriser under behandlingsprocessen” (St meld nr 16 1996-97, s. 21). Denna form av ”frivilligt tvång” har av Tännnsjö (1994) benämnts för homeriskt tvång:

Vi bör kunna ”surras vid masten”, på samma sätt som skedde med Odysseus, när denne ville få hjälp att motstå sirenernas lockrop. (s. 161)

Denna typ av bestämmelse fanns också i 16 § edruskapsvernloven enligt vilken det var möjligt att ingå avtal med missbrukaren om ”frivillig inläggning” under högst två år och där institutionen hade rätt att med polishandräckning återföra klienten till institutionen om denna avvek. Sosiallovutvalget motsatte sig i sitt betänkande NOU 1985:18 omfattningen och tillämpningen av denna tvångsregel och föreslog i stället betydligt snävare tidsgränser.

Motsvarande lagbestämmelse om frivilligt tvång återfinns även i psykisk helsevernloven och barnevernloven. Modellen med frivilligt tvång är alltså vanligt förekommande i norsk rätt, både med avseende på vuxna samt barn och ungdomar.

Möjligheten att likt Odysseus ”surras vid masten” har använts i stor utsträckning med stöd av § 6-3. I propositionen som föregick StjL klargjordes, att ”i den mån en tvångsåtgärd är nödvändig i en behandlingsplanering är det väsentligt att understryka att det primärt är reglerna i § 6-3 om tillbakahållanden som skall täcka det praktiska behovet” (Ot. prp. 29 1990-91, s. 92). Samma sak betonas också i exempelvis den tidigare refererade handlingsvägledningen från departementet:

Fördelen med att använda denna bestämmelse framför § 6-2 är för det första att den kräver frivillig medverkan från missbrukaren i form av

⁹ Däremot är rekvisitet för att omfattas av ett preliminärt beslut om tvångsintagning oförändrat jämfört med tidigare.

ett giltigt samtycke för senare användning av tvång, och för det andra att det ställer mindre krav på handläggning eftersom det är en sak mellan klienten och institutionen. (Sosial- og Helsedepartementet 1999, s. 31)

Retentionsrätten i § 6-3 är ensidigt utformad utifrån *institutionens* önskemål, inte utifrån den enskildes önskemål (Nilssen 2001). Fylkeskommunen skall särskilt fastställa vilka institutioner som får ta emot klienter under frivilligt tvång (§ 6-4). En sådan institution kan i samband med frivillig placering av en klient ställa som villkor för placeringen, att den enskilde samtycker att kvarhållas upp till tre veckor från det att klienten *togs in* på institutionen. Om behandlingsvistelsen är tänkt att pågå under minst tre månader kan institutionen ställa som krav, att klienten får kvarhållas upp till tre veckor vid sammanlagt tre tillfällen efter det att den enskilde har tagit tillbaka sitt samtycke. Vid en eventuell rymning räknas tre-veckorsfristen från tidpunkten när klienten har återförts till institutionen. ”Detta innebär i praktiken ganska vida fullmakter för institutionen”, anser professor Jan Fridthjof Bernt (2000, s. 251). Efter 1998 års lagändring kan en klient överföras direkt från tvångsvård (§§ 6-2, 6-2 a) till ”frivilligt (homeriskt) tvång” enligt § 6-3.

Om den enskilde inte accepterar detta villkor kan han eller hon nekas behandling på den aktuella institutionen. Men enligt departementets skriftliga anvisningar till lagstiftningen (Rundskriv I-1/1993) har den enskilde i en sådan situation möjlighet att välja en annan institution som inte ställer denna typ av krav.

Institutionens kvarhållningsrätt förutsätter att samtycket från klientens sida sker i skriftlig form och senast när vistelsen på behandlingshemmet inleds. Den tidsmässiga implikationen av klientens samtycke till kvarhållning varierar:

- Om intagningen grundas på § 6-3 första stycket gäller samtycket enbart under tre veckor räknat från intagningstillfället.
- Om intagningen grundas på § 6-3 andra stycket är samtycket i princip obegränsat i tid, vilket innebär att kvarhållningsregeln kan tillämpas lång tid efter det att klienten en gång har samtyckt till frivilligt tvång.

En förutsättning för att samtycket skall vara giltigt är att klienten bedöms ha en självständig förmåga att ingå ett sådant avtal. Detta är ett civilrättsligt avtal som ingås mellan institutionen och klienten

och skall inte underställas domstol, socialtjänsten eller fylkeskommunen. Det sker således ingen automatisk prövning av avtalet, men den enskilde har möjlighet att klaga, såväl skriftligt som muntligt, hos fylkesmannen (motsvarande landshövding). Därvidlag skiljer sig denna bestämmelse om frivilligt tvång av den enskilde från motsvarande tvångsåtgärd enligt § 2-2 *psykisk helsevernloven*, enligt vilken patienten, anhörig eller den som företräder patienten kan underställa beslutet inför en särskild kontrollkommission.

I departementets utgivna handlingsvägledning framgår att "om substansmissbrukaren är berusad i samband med avgivandet av samtycket kan avtalet alltså bli ogiltigtförklarat" (1999, s. 31). I och med att samtycke skall anges i samband med intagningen är det dock troligt att klienten är mer eller mindre berusad eller påverkad av droger när det är aktuellt att skriftligt underteckna samtyckesdokumentet. Med hänvisning till vad som gäller enligt samtyckesbestämmelsen i exempelvis psykisk helsevernloven menar forskaren Karl Harald Søvig¹⁰ vid Universitetet i Bergen, att det skall mycket till för att hävda att det är "uppenbart" att en person saknar förmåga att ingå denna typ av avtal. Den avgörande frågan är, enligt Søvig, hur mycket denna förmåga måste vara reducerad för att samtyckesförmågan helt skall bortfalla. Detta är en fråga som inte är reglerad.

Klienten kan också återta sitt tidigare samtycke, men det torde förutsätta att det sker skriftligt eller muntligt.

Åtgärder enligt § 6-3 är den tvångsliknande insats som är dominerande av de som anges i kapitel 6 i Sotjl. Antalet personer som var intagna enligt nämnda lagrum uppgick 1998 till 99 och 1999 till 118; därefter saknas officiell statistik.¹¹ Som Kerstin Stenius påpekade i en omfattande översiktsartikel om missbrukarvården i de nordiska länderna registreras inte denna typ av insats som tvång, "då det betraktas som ett avtal mellan klienten och institutionen ---" (Stenius 1997, s. 90).¹²

Det som gör att § 6-3 är en unik konstruktion är att lagen gör det möjligt att träffa ett civilrättsligt avtal som inskränker den enskildes fri- och rättigheter. Inget offentligrättsligt organ behöver stadfästa avtal som ingås mellan parterna. Det finns skäl att påpeka,

¹⁰ Personlig kommunikation med Søvig i sept. 2003 samt kapitelutkast till dennes doktorsavhandling som förväntas publiceras under 2004.

¹¹ Rusmiddeldirektoratet: NIDaR-rapport nr 2/2000, s. 18.

¹² Stenius utgick från att "förmodligen är detta en i praktiken icke använd paragraf", men i själva verket är den, i varje fall numera, relativt vanligt förekommande enligt Karl Harald Søvig, juridiska fakulteten vid Universitetet i Bergen.

att denna konstruktion inte är möjlig att införa i Sverige då den skulle strida mot svensk grundlag (framför allt mot kap. 2 i RF).

Process- och instansordning vid beslut om tvångsvård

I flertalet fylken finns en särskild *fylkesnemnda for sosiale saker* (§ 9-1 Sotjl)¹³ som närmast kan beskrivas som ett domstolsliknande förvaltningsorgan. Nämnden består av en ordförande med juristkompetens, två sakkunniga och två lekmän. Nämnden avgör dels mål rörande midlertidig vedtak (tillfälligt beslut)¹⁴ som socialtjänsten har beslutat om med stöd §§ 6-2 och 6-2 a, dels slutgiltigt beslut om tvångsintagning.

Socialtjänsten kan besluta om midlertidig vedtak ”om de intressen, som bestämmelsen skall tillvarata, kan lida väsentlig skada om beslut ej träffas och omedelbart genomförs”.¹⁵ Beslutet skall skall underställas fylkesnemnda, vars ordförande inom 48 timmar skall ta ställning till om socialtjänstens beslut skall kvarstå. Ordförandebeslutet kan överklagas till fylkesnemnda. Socialtjänsten har därefter två veckor på sig att ansöka om slutgiltig intagning (*endelig vedtak*). Om detta inte sker upphävs beslutet.

Socialtjänsten lägger fram sitt förslag om tvångsåtgärder enligt §§ 6-2 och 6-2 a inför *fylkesnemnda* som sedan fattar sitt beslut efter ett ”förhandlingsmöte” med parterna, dvs. en muntlig förhandling. Klienten skall alltid vara representerad med en advokat, och även socialtjänsten skall som regel vara det. Om parterna är överens om det kan ordföranden bestämma att ärendet skall avgöras utan någon föregående muntlig förhandling (§ 9-8). Om fylkesnemndas beslut rörande § 6-2 inte har verkställts inom sex veckor förfaller det. Motsvarande verkställighetsfrist när det gäller beslut om gravida kvinnor (§ 6-2 a) är två veckor. Kommunen är alltså inte skyldig att verkställa ett beslut som fattats av fylkesnemnda, utan kan komma fram till en annan lösning i samråd med klienten.

Fylkesnemndas beslut kan överklagas till *tingrett*, vars utslag i sin tur kan överklagas i *lagmannsretten*. Båda parterna skall utse var sin

¹³ Vissa fylken har en gemensam nämnd (jfr § 9-2 tredje stycket Sotjl). Totalt finns 12 fylkesnämnder fördelade på 19 fylken.

¹⁴ Dessa beslut brukar populärt också benämnas för *hastevedtak* eller *akuttvedtak*. Det bör observeras att när Sotjl trädde i kraft användes begreppet ”foreløpig vedtak” i § 6-2. I samband med revideringen 1998 ersattes det med ”midlertidig vedtak” så att både 6-2 och 6-2 a skulle ha ett enhetligt begrepp (Ot.prp. nr. 78 1997-98).

¹⁵ Såväl § 6-2 och 6-2 a har i denna del samma lydelse.

advokat och kostnaden härför står staten för. Hittills har endast ett enda utslag överklagats till lagmannsretten, vilket gällde *ett* ärende om tvångsintagning av en gravid kvinna (se vidare kapitel 9 i betänkandet SOU 2004:3). Sista instans är *Høyesterett* (Högsta Domstolen). Merparten av de ärenden som nämnden prövar rör ärenden enligt barnavårdslagen, och endast en liten andel handlar om tvångsvård med stöd av §§ 6-2 och 6-2 a.

Referenser

- Andenæs, Kristian (2003). Sosialloven. I: Andenæs, Kristian & Molven, Olav & Rasmussen, Ørnulf & Sandberg, Kirsten & Warberg, Lasse. *Sosialrett*, s. 201-267. Sjätte uppl. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bernt, Jan Fridthjof (2000). Tvangsbruk i sosialtjenesten. I: Kjønstad, Asbjørn & Bernt, Jan Fridthjof & Kjellevoid, Alice & Hove, Harald. *Sosial trygghet og rettssikkerhet – under sosialtjenesteloven og barneverntjenesten*, s. 227-302. Oslo: Fagbokforlaget.
- Ekspertgruppe for å vurdere bruk av tvang i behandling av rusmiddelmissbrukere (1995). *Rapport avgitt till Det kgl. sosial- og helsedepartement 28. september 1995*.
- Hübner, Lena (1990). *Frihetsberövande och missbruk. En fråga om legitimitet*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Hübner, Lena (1991). *Missbruk och tvångsvård. De nordiska ländernas lagstiftning om vård av missbrukare utan eget samtykke*. Nordiska kontaktmannaorganet för narkotikafrågor. Nordmark 1991:2. Stockholm: Nordiska kontaktmannaorganet för narkotikafrågor.
- Innst. O. nr. 4 (2003-2004). *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Rusreform II og rett till individuell plan)*.
- Kjønstad, Asbjørn (2000). Oversikt over lov om sosiale tjenester og grunnprinsipper i sosialretten. I: Kjønstad, Asbjørn & Bernt, Jan Fridthjof & Kjellevoid, Alice & Hove, Harald. *Sosial trygghet og rettssikkerhet – under sosialtjenesteloven og barneverntjenesten*, s. 19-51. Oslo: Fagbokforlaget.
- Lien, Renate Storetvedt & Nilssen, Even (2000). *Bruk av tvang i behandlingen av voksne rusmiddelmissbrukere*. SEFOS-notat 3/2000. Universitet i Bergen. Bergen: Senter for Samfunnsforskning.
- Nilssen, Even & Lien, Renate Storetvedt (1999). Individual rights and collective obligation. Compulsory intervention towards substance abusers in Norwegian social law. *International Journal of Social Welfare* 8: 181-192.

- Nilssen, Even (1999). *Tvangets forvaltning. Om sosialtjenestens anvendelse av sosialtjenestelovens § 6-2 (bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere)*. SEFOS-notat 3/ 1999. Universitet i Bergen. Bergen: Senter for Samfunnsforskning.
- Nilssen, Even (2001): *Nytter tvangen? Rus & Avhengighet*, nr 5. NOU 1985:18 *Sosiallovutvalgets forslag till Lov om sosiale tjenester m.v.*
- Ot.prp. nr. 78 (1997-98). *Om lov om endringer i lov om sosiale tjenester m v (Tilbakeholdelse av rusmiddelmissbrukere uten eget samtykke m m)*.
- Or.prp. nr. 3 (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 132. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere)*.
- Ot.prp. nr. 54 (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)*.
- Petersson, Olof (1998). *Nordisk politik*. Fjärde uppl. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Sosialdepartementet (1993). *Rundskriv I-1/93. Lov om sosiale tjenester m v*. Oslo: Sosialdepartementet
- Sosialdepartementet (1999). *Handlingsveileder i bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Sosialdepartementet (2002). *Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005. Handlingsplan*.
- SOU 1948:23 *Förslag till lag om nykterhetsvård m.m.*
- St medl nr 16 (1996-97). *Narkotikapolitikken*.
- Stenius, Kerstin (1997). *Statistik över missbrukarvård i Norden. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift 14 (2): 83-102*.
- Søvig, Karl Harald (1999). *Tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Tännsjö, Torbjörn (1994). *Tvång i vården*. Stockholm: Thales.

Appendix

Lov om sosiale tjenester m.v.

Utdrag ur kapitel 6 i *Lov om sosiale tjenester m.v.* (enligt lydelse den 1 januari 2004)¹⁶

§ 6-1. Hjälpåtgärder

Genom råd, vägledning och hjälpåtgärder, jfr §§ 4-1 och 4-2, skall sosialtjensten hjelpe den enskilde att komme bort frå missbruk av alkohol och andra droger. På motsvarande sätt skall det ges råd, vägledning og hjelp till vederbørandes familj.

Når det finns behov för det och klienten så önskar, skall socialtjensten utarbeita en behandlingsplan. Denna plan kan bland annat omfatte forordnande av stødkontakt, etablering av stødåtgärder på arbeidsplassen, andra tjenester enligt denna lag samt kontakt med primærvaerd og spesialisthelsetjeneste.

Kan behovet av lämplig plats på institution inte tillgodoses skall sosialtjensten om nødvendig sørja for tilfällige åtgärder.

Socialtjensten skall följa opp klienten under behandlingsfasen genom samtaler og om nødvendig gjennom hembesök, og gjennom att ordne med nødvendige åtgärder vid slutet av en eventuell institutionsvistelse.

Socialtjensten skall utarbeita en åtgärdsplan for missbrukere som vistas på institution med stød av §§ 6-2 eller 6-2a. Konungen kan utfärda föreskrifter om innhallet i åtgärdsplanen.

§ 6-1a. Sosialtjenstens skyldighet att bedöma användning av tvång efter anmälan från anhörig

Socialtjensten skall vid anmälan från anhörig om omfattande missbruk foreta nødvendige undersøkingar i ärendet og bedöma, om det skall vidtas åtgärd enligt §§ 6-2 eller 6-2a. Når saken är utredd skall den anhörige få meddelande härom.

En persons anhörig enligt første stycket är äkta make, person som lever i äktenskapsliknande eller partnerskapsliknande forholdande med vederbørande, forældre, myndige barn og myndige syskon. Den anhörige måste ha bestående og løpande kontakt med missbrukeren.

¹⁶ Inofficiell översättning som skett av auktoriserad översättare med juridisk kompetens.

§ 6-2. Kvarhållande på institution utan eget samtycke

Om någon utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för fara genom omfattande och ihållande missbruk, och om hjälpåtgärder enligt § 6-1 inte är tillräckliga, kan det beslutas att vederbörande utan eget samtycke tas in på en institution som anvisats av *regionalt helseföretak* enligt lagen den 2 juli 1999 nr. 61 om specialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a andra stycket, för undersökning och planering av behandling och kvarhålls där i upp till tre månader.

Ett beslut enligt första stycket skall fattas av *fylkesnemnda* enligt reglerna i kapitel 9. *Fylkesnemnda* skall samtidigt ta ställning till om det skall finnas möjlighet till att ta urinprov av klienten under institutionsvistelsen.

Fylkesnemndas beslut enligt första stycket kan endast verkställas om institutionen har yrkesmässig och materiell kapacitet att erbjuda vederbörande tillfredsställande hjälp sett i förhållande till syftet med intagningen på institutionen. Socialtjänsten kan underlåta att verkställa ett beslut om förhållandena så kräver. Är beslutet inte verkställt inom sex veckor, förfaller det.

Ett preliminärt beslut enligt första stycket kan fattas av socialtjänsten, om de intressen, som bestämmelsen skall tillvarata, kan lida väsentlig skada om beslut ej träffas och omedelbart genomförs. Ordföranden i *fylkesnemnda* skall snarast, och om möjligt inom 48 timmar, träffa beslut om preliminärt godkännande av det tillfälliga beslutet. Preliminärt beslut enligt denna bestämmelse är *enkeltvedtak*. *Fylkesnemnda* är besvärinstans.

Har det träffats ett preliminärt beslut, skall ett förslag till slutligt beslut skickas till *fylkesnemnda* inom två veckor. Om ärendet inte har skickats till *fylkesnemnda* inom denna frist, förfaller beslutet.

§ 6-2a. Kvarhållande av gravida missbrukare

Det kan beslutas att en gravid missbrukare utan eget samtycke skall intas på institution som anvisats av *regionalt helseföretak* enligt lagen den 2 juli 1999 nr. 61 om specialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a andra stycket, och kvarhållas där under hela graviditeten om missbruket är av en sådan art, att det är övervägande sannolikt att barnet kommer att födas med skada, och om hjälpåtgärder enligt § 6-1 inte är tillräckliga. *Fylkesnemnda* skall samtidigt ta ställning till om det skall finnas möjlighet till att ta urinprov av klienten under vistelsen på institutionen.

Syftet med intagningen är att förhindra eller begränsa sannolikheten för att det väntade barnet åsamkas skada. Under vistelsen

skall det läggas vikt vid att kvinnan erbjuds tillfredsställande hjälp för sitt missbruk och blir i stånd att ta hand om barnet.

Socialtjänsten skall minst var tredje månad bedöma, om det fortfarande föreligger skäl för kvarhållande. Kvarhållandet kan enbart fortsätta, om socialtjänsten träffar avgörande om det inom denna frist. Handläggningen följer för övrigt reglerna i kapitel 9.

Socialtjänsten kan underlåta att verkställa ett beslut om förhållandena så kräver. Är beslutet inte verkställt inom två veckor, förfaller det.

Ett preliminärt beslut enligt första stycket kan fattas av socialtjänsten, om de intressen, som bestämmelsen skall tillvarata, kan lida väsentlig skada om beslut ej träffas och omedelbart genomförs. Ordföranden i *fylkesnemnda* skall snarast, och om möjligt inom 48 timmar, träffa beslut om preliminärt godkännande av det tillfälliga beslutet. Preliminärt beslut enligt denna bestämmelse är *enkeltvedtak*. *Fylkesnemnda* är besvärinstans.

Har det träffats ett preliminärt beslut, skall förslag till slutligt beslut skickas till *fylkesnemnda* inom två veckor. Om ärendet inte har skickats till *fylkesnemnda* inom denna frist, förfaller beslutet.

§ 6-3. Kvarhållande på institution med stöd av eget samtycke

När en missbrukare till följd av eget samtycke blir intagen på en institution som anvisats av *regionalt helseforetak* enligt lagen den 2 juli 1999 nr. 61 om specialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a andra stycket, kan institutionen ställa som villkor att missbrukaren skall kunna kvarhållas i upp till tre veckor räknat från intagningstillfället.

Vid vistelse på en institution för behandling eller undervisning i minst tre månader kan det också ställas som villkor att missbrukaren skall kunna kvarhållas i upp till tre veckor efter det att samtycket uttryckligen har tagits tillbaka. Kvarhållande kan enbart ske upp till tre gånger för varje vistelse. Om missbrukaren avviker, men återförs inom tre veckor, räknas utgångspunkten för kvarhållanderisten från den tidpunkt då missbrukaren har återförts till institutionen.

Samtycket skall vara skriftligt och skall lämnas till institutionsledningen senast när vistelsen påbörjas. Sådant samtycke kan också lämnas vid direkt övergång från vistelse med stöd av §§ 6-2 och 6-2a. Innan missbrukaren ger sitt samtycke, skall han eller hon upplysas om eventuella villkor som nämnts i första och andra stycket.

Institutionen kan ställa som villkor för vistelsen att klienten innan vistelsen börjar ger sitt samtycke till att det får tas urinprov under vistelsen på institutionen.

Ett barn över 12 år med missbruksproblem kan tas in på institution med stöd av samtycke från barnet självt och de som har vårdnaden om det. Har barnet fyllt 16 år, är barnets samtycke tillräckligt.

§ 6-4. Särskilda krav på fylkeskommunens plan

Upphävd fr.o.m. den 1 januari 2004.

England*

Bakgrund

I Storbritannien förekommer tvångsvård av narkotikamissbrukare endast som påföljd inom straffrätten. Missbrukare som döms för brott kan i vissa fall bli föremål för ett beslut om behandling och provtagning för droger enligt *DTTO (Drug Treatment and Testing Order)*. En förutsättning för ett sådant beslut om tvångsåtgärder är dock att den enskilde ger sitt samtycke. Beslut om behandling och provtagning utgör en form av påföljden samhällstjänst. Domstolen kan i vissa fall också förordna om mindre ingripande åtgärder som drogtestning – *DTO (Drug Testing Order)* – och beslut om drogfrihet *DAO (Drug Abstinence Orders)*.

Tvångsvård kan också tillgripas om en person lider av psykisk sjukdom som beror på missbruk av alkohol eller narkotika, men det finns inga lagregler som medger tvångsvård endast på grund av eget alkohol- eller narkotikamissbruk.

Uppgifterna i återstoden av detta avsnitt avser förhållanden i England i september 2003, om inget annat anges. Liknande politik och regler gäller för övriga delar av Storbritannien men för närvarande pågår en snabb utveckling inom både kriminalpolitiken och narkotikabekämpningen.¹ Bland annat har förslag tagits fram om ytterligare utveckling av dels samhällstjänst som påföljd, dels åtgärder som riktar sig mot missbrukare som begår brott. Ofta införs nya påföljder eller program på försök i delar av landet. Projekten följs noggrant av forskare och avsikten är att deras slutsatser ska påverka det nationella genomförandet.

* Denna bilaga har författats av Ian MacArthur, departementssekreterare vid UD.

¹ En aktuell bild av det narkotikapolitiska arbetet ges på regeringens hemsida narkotikabekämpning, *Tackling Drugs* (www.drugs.gov.uk).

Nationell strategi mot narkotika

Storbritannien har haft en särskild nationell strategi mot narkotika sedan slutet av 1980-talet, och sedan mitten av 1990-talet har ledstjärnan varit att bryta kopplingen mellan narkotika och brottslighet. År 1998 antogs en ny handlingsplan – Narkotikabekämpning för ett bättre Storbritannien (*Tackling drugs for a better Britain*) – som bygger på ett så kallat integrerat synsätt. Genom en revidering i december 2002 har man bland annat lagt starkare tonvikt vid utbildning och förebyggande åtgärder, mer resurser till behandling och ökat satsning på åtgärder inom ramen för rättsväsendet.

Den nya brittiska strategin mot narkotika från 2002 har följande mål:

- att genom förbud, utbildning och stöd förhindra ungdomar från att använda narkotika,
- att minska förekomsten av narkotika på gatorna,
- att minska narkotikarelaterad brottslighet och dess konsekvenser för lokalsamhällena,
- att minska efterfrågan på narkotika genom att minska antalet missbrukare (*problem users*).

Tvångsåtgärder mot vuxna missbrukare betraktas som ett sätt att uppnå det tredje målet, att minska narkotikarelaterad brottslighet och dess konsekvenser.

Enligt den årliga brottslighetsstatistiken (*British crime survey*) använder cirka fyra miljoner personer olagliga droger. Av dessa använder tre miljoner – eller var tionde vuxen – cannabis. Undersökningen visar också på ett betydande missbruk bland ungdomar. De sociala och ekonomiska kostnaderna för det tunga, eller problematiska, missbruket uppskattas till tolv miljarder pund. Här avses missbruk av narkotika av ”klass A”, bland annat crack, kokain, heroin och ecstasy.

Starka samband anses föreligga mellan brottslighet och tungt missbruk. I England och Wales finns cirka 250 000 så kallade problemmissbrukare, vilka anses orsaka 99 procent av kostnaderna för drogmissbruk. Missbruket finansieras i huvudsak genom stöldrelaterad (*acquisitive*) brottslighet (snatteri, inbrott, bedrägeri). Kostnaden för polisväsendet och rättsväsendet uppskattas årligen till drygt en miljard pund och staten satsar cirka £ 500 miljoner per år på åtgärder mot narkotikamissbruk.

Investeringar i behandling mot narkotikamissbruk anses effektiva. Enligt en forskarutvärdering (*National Treatment Outcome Study*) beräknas varje pund som satsas på behandling minska kostnaderna inom polis- och rättsväsendet med tre pund. Utvärderingen visar på en klar minskning i missbruk och stöldrelaterad brottslighet fem år efter genomgången behandling.

År 2001 inrättades en särskild myndighet för utveckling av behandlingen av narkotikamissbrukare, *National Treatment Agency*, som ansvarar för genomförandet av regeringens behandlingsmål att fördubbla antalet personer i behandling under perioden 1998 till 2008 (från 100 000 till 200 000).

Alkoholmissbruket beräknas kosta samhället omkring £ 3,3 miljarder per år. En nationell strategi mot alkoholskador lanseras under 2003.

Åtgärder för missbrukare inom rättsväsendet

Åtgärder mot brottsrelaterat missbruk kan vidtas vid tre centrala tillfällen när en person med missbruksproblem kommer i kontakt med polis- och rättsväsendet.

- Vid gripandet, hos polisen (testning i vissa fall, *arrest referral schemes* då missbrukare erbjuds möjlighet till behandling).
- I rätten (beslut om behandling och drogtestning; beslut om eller krav på drogfrihet).
- Särskilda program inom häkten och fängelser för personer med drogproblem.

Åtgärderna har olika syften:

- att identifiera missbrukare och slussa dem vidare till behandling (*arrest referral schemes, drug abstinence orders/requirements*),
- att ge behandling inom ramen för rättsväsendet (DTTO och åtgärder i den slutna kriminalvården).

I det följande beskrivs mer utförligt *arrest referral schemes*, drogtestning genom polisen, beslut om behandling och provtagning för droger (DTTO), samt beslut om och krav på drogfrihet (DAO, DAR).

Arrest referral schemes

Arrest referral schemes innebär att en person som gripits av polisen erbjuds möjlighet att frivilligt delta i en behandling. Det skall inte ses som ett alternativ till åtal och lagföring. Lokala insatser av detta slag har funnits i olika former under många år, ibland bara i form av information, ibland som ett sätt att aktivt slussa missbrukare vidare till en behandling. Sedan forskning visat att aktiva insatser för personer med missbruksproblem kan ge goda resultat har från den 1 april 2000 *arrest referral schemes* med denna inriktning införts på nationell nivå.

I varje polisdistrikt finns team som skall bygga broar mellan polisen, övriga rättsväsendet och behandling genom att identifiera missbrukare som gripits av polisen och erbjuda dem behandling inom kort efter gripandet. Cirka 50 000 missbrukare identifieras årligen genom dessa program; omkring hälften tar sedan kontakt med en behandlingsenhet och av dessa påbörjar en fjärdedel en behandlingsinsats.

Drogtestning genom polisen

Polisen har genom 2000 års *Criminal Justice and Courts Services Act (CJCS)* fått nya befogenheter att drogtesta gripna personer som är minst 18 år och misstänks och sedermera åtalas för något av ett antal s.k. *trigger offences*, däribland stöld, inbrott, rån och innehav av droger av klass A. Testresultaten lämnas till domstolen. Att vägra låta sig testas är ett brott som kan leda till fängelsestraff upp till tre månader.

Beslut om behandling och provtagning för droger (DTTO)

I oktober 1999 infördes i Storbritannien som helhet en möjlighet för domstolar att med stöd av lagen om behandling och provtagning för droger (DTTO) besluta om tvångsbehandling som påföljd för vuxna missbrukare. Tidigare kunde missbruksbehandling föreskrivas som en del av en skyddstillsynsdom. Motsvarande tvångsåtgärder mot missbruk finns eller övervägs också för missbrukare som är 16 år eller yngre.

Syftet med DTTO är att avlasta lokalsamhället genom att få in narkotikaberoende återfallskriminella i behandlingsprogram under

sträng tillsyn för att bryta kopplingen mellan deras missbruk och brottslighet.

Innehåll

DTTO innebär att en domstol dömer en individ till behandling på behandlingshem eller öppenvård under en period från sex månader upp till tre år. Behandlingen sker under tvång, med regelbundna drogtester och uppföljningar vid den domstol som utdömt påföljden. Endast personer som är över 16 år, fällts för brott, är drogberoende eller har en benägenhet till missbruk och där behandling bedöms vara ett lämpligt alternativ kan dömas till DTTO. En annan förutsättning är att samhällstjänst kan vara en alternativ påföljd för det aktuella brottet. Den dömda står under tillsyn av en särskilt utsedd övervakare och om vederbörande inte sköter sina åligganden kan domstolen upphäva DTTO och besluta om en annan påföljd.

Domstolens beslut förutsätter den åtalades samtycke, en regel som är ett uttryck för den generella medicinska principen att ingen skall tvingas till behandling som de inte samtyckt.

Ett beslut enligt DTTO skall innehålla ett *behandlingskrav* som innebär att lagöverträdaren skall genomgå behandling hos en viss angiven vårdgivare. Åtgärder måste ha vidtagits för att verkställa den behandlingsinsats som anges i beslutet. Vidare ska beslutet innefatta ett *krav på provtagning* som innebär att lagöverträdaren skall drogtestas vid de tidpunkter eller under de omständigheter som vårdgivaren bestämmer.

Beslutet omprövas minst en gång i månaden – i princip vid en särskild domstolsförhandling där den dömda är närvarande. Kraven på behandling och provtagning utan den dömdes samtycke, men formerna för omprövningen kan mjukas upp om domstolen anser att personens utveckling är tillfredsställande. Om han/hon inte följer beslutet om DTTO eller inte samtycker till ändrade föreskrifter i beslutet får domstolen återkalla det och istället döma personen utifrån den straffskala som gäller för det aktuella brottet.

Erfarenheter

Hittills har cirka 6 000 personer per år döms med stöd av DTTO, och enligt den reviderade nationella handlingsplanen ska antalet beslut fördubblas till mars 2005. Våren 2003 hade dock omkring 45 procent av besluten återkallats. Ett beslut om DTTO kostar £ 5 000–6 000 om året, vilket bara är en femtedel av kostnaderna för en fängelseplats.

En utvärdering som finansierats av inrikesdepartementet (*Home Office*) konstaterade bland annat att minst tre månaders behandling är nödvändig för att få bestående effekt. Det är därför angeläget att den enskilde ges behandlingsinsats som uppgår till minst denna period. Brottslighet och utgifter för narkotika har minskat påtagligt för dem som dömts enligt DTTO, och denna effekt kvarstår över tid. Vidare har blandmissbruket minskat. Uppföljningen har dock påvisat stora skillnader i den lokala tillämpningen av DTTO och betydande samordnings- och samarbetsproblem inom och mellan berörda aktörer.

Drug Abstinence Order (DAO)/Drug Abstinence Requirement (DAR)

Genom 2000 års *Criminal Justice and Courts Services Act* infördes också DAO och DAR. DAO skall användas när domstolen bedömer att lagöverträdaren har nytta av en fortlöpande uppföljning av sitt missbruk samtidigt som brottsligheten inte motiverar att personen ifråga döms till någon annan form av samhällstjänst, medan DAR skall användas som en del i en bredare dom till samhällstjänst.

DAO innebär att lagöverträdaren skall avstå från användningen av narkotika av klass A under en period motsvarande sex månader till tre år samt att han eller hon regelbundet testas av frivårdsmyndigheten för heroin och crack. Syftet med DAO är tvåfaldigt: övervakning och avskräckning, men det finns inget formellt samband med behandling. DAO har likheter med DTTO eftersom beslutet tvingar den enskilde att regelbundet låta sig testas men med DAO är syftet att förmå den enskilde att helt avstå från droger, medan DTTO endast syftar till att minska missbruket.

Appendix

Lag om brott och oordning (Crime and Disorder Act)

Utdrag ur Lag om brott och oordning²

Lagöverträdare beroende osv. av droger

Beslut på behandling och provtagning för droger

61.

- (1) Denna paragraf äger tillämpning då någon som är 16 år gammal eller däröver fälls för annat brott än sådant för vilket domen
 - (a) är fastställd i lag; eller
 - (b) faller inom bestämmelserna i paragraf 2(2), 3(2) eller 4(2) i lag av år 1997.
- (2) Med stöd av bestämmelserna i denna paragraf kan den domstol, av vilken eller inför vilken lagöverträdaren döms, meddela ett beslut ("beslut på behandling och provtagning för droger") som
 - (a) gäller för en i beslutet angiven tid på lägst sex månader och högst tre år ("tiden för behandling och provtagning"); och
 - (b) innehåller de krav och bestämmelser som är angivna i paragraf 62 nedan.
- (3) En domstol får inte meddela ett beslut på behandling och provtagning för droger såvida inte departementschefen har meddelat att föranstaltningar för att genomföra sådana beslut finns tillgängliga i det område, som avses anges i beslutet, och meddelandet inte har återkallats.
- (4) Ett beslut på behandling och provtagning för droger skall vara ett beslut om samhällstjänst enligt anvisningarna i Del I i lag av år 1991; och bestämmelserna i den delen, vilka innehåller bestämmelser om begränsningar för meddelande av och processrättsliga krav för domar om samhällstjänst (paragraferna 6 och 7) skall äga tillämpning i enlighet därmed.

² Inofficiell översättning som skett av auktoriserad översättare med juridisk kompetens.

- (5) Domstolen får inte meddela beslut på behandling och provtagning för droger beträffande lagöverträdaren såvida domstolen inte är övertygad om:
 - (a) att han är beroende av eller har benägenhet att missbruka droger; och
 - (b) att hans beroende eller benägenhet är av sådan art som kräver och kan vara tillgänglig för behandling.
- (6) För att för bestämmelserna i underparagraf (5) ovan fastställa, huruvida lagöverträdaren har någon drog i kroppen, kan domstolen genom beslut kräva, att han lämnar prov av sådant slag, som domstolen kan närmare ange; men domstolen får inte meddela ett sådant beslut såvida inte lagöverträdaren uttrycker sin villighet att samtycka till dess krav.
- (7) Departementschefen kan genom beslut ändra underparagraf (2) ovan genom att ange annan tid för den lägsta eller högsta tid, som är angiven i denna underparagraf.

Krav och bestämmelser som skall ingå i beslut

62.

- (1) Ett beslut på behandling och provtagning för droger skall innehålla ett krav ("behandlingskravet") att lagöverträdaren skall genomgå behandling under hela tiden för behandling och provtagning av eller under ledning av en angiven person ("vårdgivaren"), som besitter den nödvändiga kompetens eller erfarenhet, som krävs för att minska eller avhjälpa lagöverträdarens beroende av eller benägenhet att missbruka droger.
- (2) Den behandling, som krävs för varje bestämd period, skall utgöra
 - (a) sluten behandling på sådan institution eller plats, som kan anges närmare i beslutet; eller
 - (b) öppen behandling på sådan institution eller plats, och med sådana intervaller, som kan anges närmare härvidlag; men arten av behandling får inte anges närmare i beslutet utom i avseende på det som nämns i stycke (a) eller (b) ovan.
- (3) En domstol får inte meddela ett beslut på behandling och provtagning för droger såvida den inte är övertygad om att föranstaltningar har gjorts eller kan göras för den behandling som

avses anges i beslutet (inklusive åtgärder för mottagande av lagöverträdaren i de fall det krävs att han genomgår sluten behandling).

- (4) Ett beslut på behandling och provtagning för droger skall omfatta ett krav ("kravet på provtagning") som innebär att lagöverträdaren under denna period på sådana tider eller under sådana omständigheter som vårdgivaren kan bestämma (enligt bestämmelserna i beslutet) skall lämna prov av sådant slag, som härvid bestäms för att fastställa om han har någon drog i kroppen under behandlings- och provtagningsperioden.
- (5) Kravet på provtagning skall för varje månad ange det minsta antal tillfällen, då prov skall lämnas.
- (6) Ett beslut på behandling och provtagning för droger skall innehålla en bestämmelse, som närmare anger det område för distriktsdomstol, i vilket den domstol som meddelar beslutet förutsätter att lagöverträdaren är bosatt eller kommer att vara bosatt.
- (7) Ett beslut på behandling och provtagning för droger skall
 - (a) föreskriva, att lagöverträdaren under behandlings- och provtagningsperioden skall stå under tillsyn av en ansvarig tjänsteman, det vill säga en övervakare, som är utsedd för eller fått uppdrag av den distriktsdomstol som anges i beslutet;
 - (b) kräva, att lagöverträdaren håller kontakt med ansvarig tjänsteman enligt de föreskrifter som han från tid till annan kan få av denna tjänsteman och håller honom underrättad om eventuell adressändring; och
 - (c) föreskriva, att resultaten av de prover, som lämnats av lagöverträdaren enligt kravet på provtagning, skall meddelas ansvarig tjänsteman.
- (8) Tillsyn av den ansvarige tjänstemannen får endast utövas i den omfattning som behövs för att göra det möjligt för honom
 - (a) att lämna rapport om lagöverträdarens utveckling till den domstol som meddelat beslutet;
 - (b) att lämna rapport till denna domstol om lagöverträdaren eventuellt ej lyckas efterkomma föreskrifterna i beslutet; och

- (c) att avgöra, huruvida omständigheterna är sådana att han bör hänvända sig till denna domstol för återkallande eller ändring av beslutet.
- (9) I denna paragraf och i paragraferna 63 och 64 nedan avses med den domstol, som är ansvarig för ett beslut på behandling och provtagning för droger,
 - (a) den domstol, som har meddelat beslutet; eller
 - (b) om annan domstol anges i beslutet i enlighet med underparagraf (10) nedan, denna domstol.
- (10) I de fall det område, som är närmare angivet i ett beslut på behandling och provtagning för droger som meddelats av distriktsdomstol, inte är det område, för vilket domstolen är behörig, får domstolen om den anser lämpligt i beslutet infoga en bestämmelse, som enligt underparagraf (9) ovan anger en distriktsdomstol som är behörig för det området.

Periodiska omprövningar

63.

- (1) Ett beslut på behandling och provtagning för droger skall
 - (a) föreskriva, att beslutet omprövas periodiskt med minst en månads mellanrum;
 - (b) föreskriva, att varje omprövning av beslutet görs enligt underparagraf (7) nedan vid en förhandling som hålls för detta ändamål av den domstol, som är ansvarig för beslutet ("omprövningsförhandling");
 - (c) kräva, att lagöverträdaren är närvarande vid varje omprövningsförhandling;
 - (d) föreskriva, att ansvarig tjänsteman före varje omprövning till domstolen inger en skriftlig rapport om lagöverträdarens utveckling med avseende på beslutet;
 - (e) föreskriva, att varje sådan rapport innehåller de testresultat, som meddelats till ansvarig tjänsteman enligt paragraf 62(7)(c) ovan, och vårdgivarens uppfattning om behandlingen och provtagningen av lagöverträdaren.
- (2) Vid en omprövningsförhandling får domstolen ändra varje krav eller föreskrift i beslutet med hänsyn till den ansvarige tjänstemannens rapport.

- (3) Domstolen:
- (a) får inte ändra kravet på behandling och provtagning såvida inte lagöverträdaren uttrycker sin villighet att rätta sig efter det ändrade kravet;
 - (b) får inte ändra någon föreskrift i beslutet för att minska behandlings- och provtagningsperioden under den minsta tid, som anges i paragraf 61(2) ovan, eller öka den över den högsta tid som anges där;
 - (c) får inte ändra något krav eller någon föreskrift i beslutet utan lagöverträdarens samtycke medan överklagande av beslutet är under handläggning.
- (4) Om lagöverträdaren inte uttrycker sin villighet att efterkomma det krav på behandling eller provtagning, som föreslås bli ändrat av domstolen, får domstolen
- (a) återkalla beslutet; och
 - (b) förfara med honom beträffande det brott, för vilket beslutet har meddelats, på allt sätt som den hade kunnat förfara med honom om domstolen endast hade fällt honom för brottet.
- (5) När domstolen förfar med lagöverträdaren enligt underparagraf (4)(b) ovan skall domstolen
- (a) ta hänsyn till den utsträckning, i vilken lagöverträdaren har efterkommit kraven i beslutet;
 - (b) och kan ådöma fängelsestraff utan hinder av vad som sägs i paragraf 1(2) i lag av år 1991.
- (6) I det fall beslutet har meddelats av en distriktsdomstol beträffande en lagöverträdare under 18 års ålder för ett brott, som kan prövas endast efter åtal när det gäller en vuxen person, skall domstolen ha befogenhet enligt underparagraf (4)(b) ovan att göra endera eller båda av följande saker, nämligen
- (a) att ådöma böter på högst £5,000 för det brott, som beslutet har meddelats för;
 - (b) att förfara med lagöverträdaren för detta brott på allt sätt som den skulle ha kunnat förfara med honom om den enbart hade dömt honom för ett brott, som bestraffas med fängelse i högst sex månader;
- och hänvisningen i stycke (b) ovan till ett brott, som bestraffas med fängelse, skall tolkas utan hänsyn till något hinder eller

någon begränsning, som åläggs av eller enligt eventuell lagstiftning om fängelsestraff för unga lagöverträdare.

- (7) Om domstolen vid en omprövningsförhandling efter den ansvarige tjänstemannens rapport är av den uppfattningen, att lagöverträdarens utveckling enligt avsikten med beslutet är tillfredsställande, får domstolen ändra beslutet såtillvida att den föreskriver, att varje därpå följande omprövning görs av domstolen utan förhandling.
- (8) Om domstolen vid en omprövning utan förhandling efter den ansvarige tjänstemannens rapport är av den uppfattningen, att lagöverträdarens utveckling enligt avsikten med beslutet inte längre är tillfredsställande, kan domstolen kräva att lagöverträdaren inställer sig till en domstolsförhandling på angiven tid och plats.
- (9) Vid denna förhandling får domstolen efter att ha tagit del av denna rapport
 - (a) utöva de befogenheter, som denna paragraf ger rätt till som om förhandlingen vore en omprövningsförhandling; och
 - (b) ändra beslutet därhän, att den föreskriver att varje därpå följande omprövning skall göras vid en omprövningsförhandling.
- (10) I denna paragraf skall varje hänvisning till domstolen när det gäller en omprövning utan förhandling tolkas
 - (a) i fall av en brottmålsdomstol (*Crown Court*) som hänvisning till en domare vid domstolen;
 - (b) i fall av en distriktsdomstol som hänvisning till en fredsdomare, som har fullmakt att handla i det område som domstolen har behörighet för.

Kompletterande bestämmelser för beslut

64.

- (1) Innan en domstol meddelar beslut om behandling och provtagning för droger skall den på enkelt språk förklara för lagöverträdaren
 - (a) verkan av beslutet och av de krav, som föreslås ingå i det;
 - (b) de följder, som kan uppstå (enligt Tillägg 2 till lag av år 1991) om han inte efterkommer något av dessa krav;

- (c) att beslutet kan omprövas (enligt detta Tillägg) på ansökan av antingen lagöverträdaren eller den ansvarige tjänstemannen; och
 - (d) att beslutet periodiskt kommer att omprövas med intervaller som närmare anges i beslutet (med stöd av paragraf 63 ovan);
och domstolen får inte meddela beslutet såvida inte lagöverträdaren uttrycker sin villighet att efterkomma kraven i det.
- (2) I de fall ett beslut på behandling och provtagning för droger meddelas av en distriktsdomstol och en annan distriktsdomstol är ansvarig för beslutet, skall den domstol, som meddelar beslutet ofördröjligen översända kopior av beslutet till den andra domstolen.
- (3) I de fall ett beslut på behandling och provtagning för droger meddelas eller ändras enligt paragraf 63(2) ovan, skall den domstol, som är ansvarig för beslutet ofördröjligen eller, i ett fall enligt underparagraf (2) ovan, så snart som skäligen möjligt, överlämna kopior av beslutet, eller det ändrade beslutet, till en övervakare förordnad av domstolen, och denne skall lämna en kopia:
- (a) till lagöverträdaren;
 - (b) till vårdgivaren; och
 - (c) till den ansvarige tjänstemannen.
- (4) I de fall ett beslut på behandling och provtagning för droger har meddelats efter överklagande, som inkommit från brottmålsdomstol (*Crown Court*) eller från avdelningen för brottmål vid appellationsdomstolen (*Court of Appeal*), skall beslutet med hänsyn till paragraferna 62 och 63 ovan anses ha meddelats av brottmålsdomstolen.
- (5) Tillägg 2 till lag av år 1991 (verkställande osv. av beslut om samhällstjänst) skall ha verkan enligt de ändringar som närmare anges i Tillägg 4 till denna lag såsom ändringar för tillämpning av detta Tillägg på beslut på behandling och provtagning för droger.

Nederländerna*

Tradition av liberalism

Tvångsvård av narkomaner har diskuterats flera gånger sedan illegal användning av narkotika på 1960-talet definierades som ett socialt problem i Nederländerna. Krav på frihetsberövande åtgärder har dock avvisats med hänvisning till att staten inte får agera som *sensor morum*, dvs. ta ställning i moraliska frågor. Samma argument har tidigare framförts i frågan om tvångsvård av alkoholister.¹ Denna utgångspunkt är djupt förankrad i en lång tradition av liberalism, där individen tillerkänns rätt att själv avgöra hur hon vill leva sitt liv så länge detta inte skadar tredje part. Om det sistnämnda är fallet har staten dock inte bara rätt utan skyldighet att ingripa. Denna tradition har stor betydelse också för narkotikapolitiken i Nederländerna (Tops 2001).

Den nederländska narkotikapolitiken i allmänhet och synen på tvångsåtgärder i synnerhet bör förstås mot denna bakgrund. När den socialdemokratiska/liberala regeringen år 1995 presenterade promemorian ”Nederländsk narkotikapolitik, kontinuitet och förändring” var slutsatsen att landets narkotikapolitik i stort sett varit framgångsrik.² Varken narkomanvården eller rättsväsendet hade dock lyckats förbättra situationen för vissa tunga missbrukare av heroin och kokain. Därför infördes två nya åtgärder som experiment för att testa deras effekter. Den ena, förskrivning av heroin, inleddes relativt snabbt, år 1998. En vetenskaplig utvärdering beskrev i februari 2002 resultaten som mycket positiva och regeringen föreslog att heroinförskrivning skulle införas i den reguljära narkomanvården.³ När det gäller den andra innovationen, tvångs-

* Denna bilaga har författats av fil dr Dolf Tops, Socialhögskolan, Lunds universitet.

¹ J.C. van der Stel (1995), *Drinken, drank en dronkenschap: Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland*. Hilversum:Verloren.

² Kamerstuk 24 077, nrs 2–3.

³ Den nya högerregeringen som tillträdde efter valet i maj 2002 har dock därefter deklarerat en annan uppfattning.

vård av kriminella narkomaner, tog det betydligt längre tid att utforma ett förslag som alla politiska partier kunde acceptera. Först våren 2001 placerades de första narkomanerna i specialinredda fängelseavdelningar. Nedan redogörs för bakgrunden till, utformningen av och målet för denna straffrättsliga åtgärd, som benämns *Strafrechtelijke Opvang Verslaafden* (SOV, 26023).⁴

Narkotikarelaterad olägenhet

Narkotikaproblemet i Nederländerna gällde fram till slutet av 1970-talet framför allt cannabis, men sedan heroin introducerats i landet 1972 blev heroinmissbruk bland socialt marginaliserade ungdomsgrupper snart definierat som det största problemet. Under ett decennium ökade antalet heroinmissbrukare från några hundra till över 10 000 år 1982. När det stod klart att narkotikapolitiken var oförmögen att förhindra denna utveckling övergick man till vad som senare blev känt som *harm reduction*. Man erkände det faktum att vissa narkomaner inte kunde eller ville sluta med sitt missbruk. Ett annat utmärkande drag för den nederländska narkotikapolitiken är att narkotika inte betraktas som *ett* problem. I stället differentieras preparaten efter de risker de innebär för individen och samhället. På liknande sätt identifieras olika subgrupper av narkomaner som kräver olika angreppssätt. Denna differentiering förklarar varför heroinförskrivning och tvångsvård i Nederländerna inte uppfattas stå i motsättning till varandra; dessa åtgärder riktar sig nämligen till olika kategorier. Redan på 1970-talet krävde storstäder som Amsterdam och Rotterdam tvångsvård och förskrivning av heroin för de grupper vilkas missbruk orsakade problem för omgivningen i form av småbrottslighet eller störande beteenden: tvångsvård för dem som trots ett generöst utbud av metadonprogram fortsatte med kriminalitet och heroinförskrivning för dem som inte blev hjälpta av metadon och fortsatte med sitt heroinmissbruk.

Att regeringen vägrade gå storstäderna till mötes i deras krav tvingade fram en kompromiss. I stället för tvång inleddes år 1988 i samarbete mellan lokal narkomanvård och rättsväsende "påtryckningsprojekt" i flera städer. Projekten fick olika utformning beroende på lokala förhållanden men principen var densamma, nämligen att en narkoman av åklagaren eller domstolen kunde få villkorlig

⁴ Fritt översatt till Straffrättsligt omhändertagande av beroende.

åtalsunderlåtelse om han/hon valde att delta i behandling.⁵ Om behandlingen avbröts återfördes narkomanen direkt till häktet och rättsprocessen återupptogs. Erfarenheterna av projekten var inte odelat positiva och en restgrupp av ”terapieresistenta” narkomaner (uppskattningsvis 6 000 i hela landet) fortsatte med en livsstil som orsakade olägenheter (småbrottslighet, offentlig narkotikaanvändning eller narkotikahandel) i samhället. Mot den bakgrunden påbörjades ett mycket kontroversiellt experiment med tvångsvård. I enlighet med landets liberala tradition riktar sig åtgärden mot ett för andra skadligt beteende, inte mot missbruket som sådant.

”Valfrihet”

Termen behandling används inte i den nederländska tvångslagstiftningen, utan det talas enbart om tvångsomhändertagande. Anledningen är att (liksom i Sverige) tvångsbehandling av vuxna i princip bara är tillåten vid allvarlig psykisk sjukdom och även då bara under korta perioder. Principen är att den intagna enligt SOV själv måste gå med på att följa en behandling. En fjärdedel av platserna reserveras för de personer som väljer att inte delta i behandlingen. Dessa avskiljs från övriga och placeras i en drogfri enhet. Alternativet ”inte delta” görs så oattraktivt som möjligt i hopp om att missbrukarna i stället skall välja ”behandling”.

SOV är tänkt som en sista utväg som bara skall tillgripas när alla andra möjligheter har uttömts.⁶ Målgruppen är manliga narkomaner över 18 år utan dominerande psykisk störning och som vistas legalt i Nederländerna.⁷ Målsättningen är dubbel, dels att minska olägenheter orsakade av narkotikarelaterad brottslighet, dels att lösa den individuella beroendeproblematiken eller göra den kontrollerbar och sålunda möjliggöra individens återgång till samhället.⁸

För att kunna bli dömd till en vistelse på en SOV-institution krävs att:

⁵ Narkomanen ställs alltså inför en valsituation. Detta är väsentligt i den nederländska kontexten även om personen i fråga förmodligen inte upplever någon verklig valfrihet.

⁶ Kritik har anförts mot att detta inte explicit står i lagtexten utan enbart i riktlinjerna till åklagarna.

⁷ Vid en eventuell fortsättning av experimentet skall man överväga att inkludera även kvinnor i målgruppen.

⁸ http://www.justitie.nl/publicaties/brochures_en_factsheets/strafrechterlijke_opvang_verslaafden.asp

1. brottet kan föranleda häktning,
2. den misstänkte dömts till ett frihetsstraff eller samhällstjänst minst tre gånger under en femårsperiod före det aktuella brottet, att brottet begåtts efter det att tidigare utdömda straff avtjänats och att det bedöms sannolikt att den misstänkte kommer att begå nya brott,
3. den misstänkte är beroende av tung narkotika och att det under punkt 2 nämnda brottet har samband med hans beroende, samt att
4. hänsyn till personer eller materiell egendom kräver ett omhändertagande enligt SOV-lagen.

En misstänkt kan dömas till omhändertagande enligt SOV under maximalt två år. Domaren kan dock också besluta om en kortare period eller villkorlig dom med en prøvotid om tre år.

Domen skall grundas på utlåtanden av en beteendexpert (en allvarlig psykisk störning är kontraindicerande) och frivården.

Vårdkedja

SOV är tänkt att fungera enligt en vårdkedjemodell och platserna var år 2001 totalt 258. Den omhändertagne skall från en slutenvårdsavdelning flyttas till en halvöppen avdelning för att sedan slussas ut till öppenvård. Individens antas befinna sig sex månader inom varje länk i kedjan, med möjlighet till förlängning tre månader, beroende på beteendet. Slutenvård och halvöppenvård bedrivs i häkten, på fängelser eller en narkomanvårdsinstitution som av justitieministern erkänts som en SOV-institution. De två första länkarna finansieras av staten och den sista av städerna som också garanterar individen bostad och arbete. I början av behandlingen upprättas en behandlingsplan som är bindande för den intagne men också för behandlarna, inklusive städerna. Den dömda får genom narkomanvården en vägledare som är med när behandlingsplanen görs upp och sedan följer den intagne genom de tre faserna och svarar för planeringen av eftervården.

SOV är ett experiment som skall genomföras i fyra stora städer (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag och Utrecht) samt i sex

mindre städer i södra delen av landet.⁹ De tre förstnämnda tar enbart emot narkomaner från den egna staden medan Utrecht under den slutna fasen också tar in narkomaner från södra Nederländerna.

Utvecklingen av SOV följs av en nationell styrgrupp och på lokal nivå av projektgrupper med representanter för det lokala åklagarväsendet, polis, kommunstyrelsen, narkomanvård, frivården och SOV-inrättningen. Justitieministern skall avge rapport om lagens effektivitet och måluppfyllelse till parlamentet vart tredje år.

Lagen om SOV har bl.a. blivit häftig kritiserad för att bryta mot grundlagen, eftersom man inte får straffas flera gånger för samma brott. Det har också ifrågasatts varför den inte gäller alkoholmissbrukare som ofta är inblandade i allvarliga våldsbrott. SOV är ett experiment under sex år och skall utvärderas,¹⁰ och resultatet skall ligga till grund för ett beslut om huruvida lagen skall permanentas och utökas eller avskaffas.

En jämförelse mellan SOV och LVM

Det finns några grundläggande skillnader mellan SOV och den svenska tvångsvården enligt LVM. SOV riktas primärt mot konsekvenserna för omgivningen av narkomanens beteende och sekundärt mot hans/hennes beroende. Med andra ord rättfärdigas omhändertagandet i Nederländerna främst som samhällsskydd. Vid LVM är det, individens missbruk har ställts främst och samhällsskyddet tonats ner. SOV gäller bara manliga narkotikamissbrukare medan LVM är könsneutral och även avser missbruk av alkohol m.m.

Vidare är maximitiden för SOV två år men för LVM sex månader. En annan iögonfallande skillnad är att SOV är en frihetsberövande åtgärd som beslutas av en högre straffdomstol (tre jurister) medan beslut om LVM fattas av en administrativ domstol. I Nederländerna kan domstolen eller justitieministern besluta att SOV skall upphöra när grunden för ett omhändertagande enligt SOV inte längre föreligger; denna möjlighet finns inte i LVM-lag-

⁹ I skrivande stund deltar inte Den Haag eftersom staden inte har kommit överens med Justitieministeriet om betalningen av dess andel (25 %) i den initiala kostnaden för inrättandet av en SOV institution.

¹⁰ Utvärderingen av SOV har lämnats till två oberoende forskningsinstitut, Trimbos institutet i Utrecht som gör en process- och interventionsstudie och AIAR institutet i Amsterdam som utför effektstudien.

stiftningen. Slutligen utvärderas hela projektet där tvångsvården ingår i Nederländerna av oberoende forskningsinstitut. I Sverige har det inte gjorts någon övergripande vetenskaplig utvärdering av LVM-vården. Dessutom initieras och finansieras forskning kring LVM av Statens institutionsstyrelse, dvs. samma myndighet som bedriver tvångsvården.

Referenser

Tops, Dolf (2001). *A society with or without drugs? Continuity and change in drug policies in Sweden and the Netherlands*. Lund Dissertations in Social Works No. 5. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.

Appendix

Strafrechtelijke Opvang Verslaafden

Utdrag ur Strafrechtelijke Opvang Verslaafden.¹¹

TREDJE AVDELNINGEN**PLACERINGEN PÅ EN INSTITUTION FÖR STÖD TILL NARKOMANER***Artikel 38m*

1. Domaren kan på begäran av åklagarmyndigheten utdöma åtgärden att placera en misstänkt på en institution för stöd till narkomaner, om:
 - 1°. det brott som den misstänkte begått, är en förbrytelse för vilken tillsvidarehäftning är tillåten;
 - 2°. den misstänkte under de fem åren som föregår det brott han begått, minst tre gånger dömts för ett brott till ett oåterkalleligt frihetsberövande straff eller åtgärd, en frihetsbegränsande åtgärd eller till att utföra obetalt arbete till allmän nytta, om brottet begåtts efter verkställande av dessa straff eller åtgärder och det vidare måste tas allvarlig hänsyn till att den misstänkte åter kommer att begå brott;
 - 3°. den misstänkte är narkoman, och det under 2° angivna brottet, med hänsyn till det brott som han begått och omständigheterna måste tas hänsyn till att han åter kommer att begå ett brott beroende på hans missbruk; och
 - 4°. personers och ägodelars säkerhet kräver att åtgärden vidtas.
2. Åtgärden syftar också till att bidra till en lösning av den misstänktes missbruksproblematik så att han kan återgå till samhället och upphöra med sina återfall.
3. Med narkoman enligt punkt 1 avses en person som med hänsyn till fakta och omständigheter är kroppsligt eller psykiskt beroende av ett eller flera medel som anges på lista I i narkotiklagen.

¹¹ Inofficiell översättning som skett av auktoriserad översättare med juridisk kompetens.

4. Domaren beslutar endast om denna åtgärd efter det att han låtit en beteendesakkunnig överlämna en motiverad, daterad och undertecknad rekommendation. Om denna rekommendation är daterad mer än ett år före förhandlingens start, kan domaren endast använda denna med godkännande från åklagarmyndigheten och den misstänkte.
5. Punkt 4 tillämpas inte om den misstänkte vägrar att medverka till den undersökning som måste utföras för rekommendationen. Om det är möjligt upprättar den sakkunnige en rapport om orsakerna till vägran. Domaren ser så långt det är möjligt till att han får en annan rekommendation eller rapport som kan informera honom om önskvärdheten eller nödvändigheten av åtgärden, och som den misstänkte är beredd att medverka till att den upprättas.
6. När åtgärden utdöms skall domaren ta hänsyn till innehållet i de övriga rekommendationerna och rapporterna som upprättats om den misstänkte, tillika med antalet brott som den misstänkte tidigare är dömd för.

Artikel 38n

1. Åtgärden skall gälla för en period på högst två år, att räkna från den dag som domen till vilken den är ålagd, har vunnit laga kraft.
2. Vid bestämning av längden på åtgärden kan domaren ta hänsyn till den tid som den dömde innan domens verkställighet har tillbringat i skyddshäkte, varit häktad tillsvidare, tillbringat på ett psykiatriskt sjukhus eller en institution för klinisk observation som bestämts enligt ett åläggande om observation.

Artikel 38o

1. Placeringen sker på en institution för stöd till narkomaner som anvisats av justitieministern.
2. I eller i kraft av lagen skall regler fastställas när det gäller verkställandet av åtgärden i och utanför institutionen, och rättsläget för den person som ålagts åtgärden.

3. Kostnaderna för att verkställa åtgärden belastar staten. Kostnaderna för att verkställa åtgärdens sista fas belastar den kommun som deltar i verkställandet, detta enligt regler som skall fastställas i en förordning.

Artikel 38p

1. Domaren kan besluta att åtgärden inte skall verkställas.
2. Den domare som bestämmer att den åtgärd som han utdömt inte skall verkställas, fastställer därvid en prøvotid på högst tre år.
3. Vid tillämpning av punkt 1 gäller som allmänt villkor att den dömde innan slutet av prøvotiden inte gjort sig skyldig till någon straffbar handling.
4. Domaren skall för att skydda personers och ägodelars säkerhet fastställa villkor gällande den dömdes uppträdande. Domaren kan ge en frivårdsinstitution, som angivits i förordning, i uppdrag att ge stöd och hjälp så att den dömde kan efterleva villkoren.
5. Ett villkor enligt punkt 4 kan innebära att den dömde låter sig behandlas polikliniskt eller intagen. Inläggning på en institution sker i detta sammanhang för en tidsperiod på högst två år som domaren skall bestämma. Detta villkor ställs endast om den dömde har förklarat sig vara beredd att genomgå behandlingen.
6. I eller i kraft av en förordning kan regler fastställas om de krav som en institution och en behandling enligt punkt 5 måste uppfylla.
7. Villkoren enligt punkt 4 skall erkänna den dömdes frihet, religion eller livssyn och inte begränsa den politiska friheten.
8. Åklagarmyndigheten skall utöva tillsyn så att de fastställda villkoren efterlevs.

Artikel 38q

Domaren kan efter yrkande från åklagarmyndigheten, på begäran av den dömde eller dennes ombud eller å tjänstens vägnar, med iakttagande av artiklarna 38m–38p:

- 1°. komplettera, ändra eller häva villkoren;

- 2°. ge uppdrag till en annan frivårdsinstitution än den som tidigare fick i uppdrag att ge hjälp och stöd vid efterlevnaden av villkoren.

Artikel 38r

Domaren kan, på yrkande av åklagarmyndigheten, beordra att åtgärden ändå skall verkställas om ett villkor inte efterlevs.

Artikel 38s

1. Domaren kan, efter yrkande av åklagarmyndigheten, på begäran av den misstänkte eller dennes ombud, eller å ämbetets vägnar, när åtgärden åläggs, och senare en gång efter yrkande av åklagarmyndigheten, på begäran av den dömda eller dennes ombud, eller å ämbetets vägnar, bestämma att åklagarmyndigheten inom en viss termin meddelar honom om det är önskvärt eller nödvändigt att åtgärden fortsätter att verkställas. Till meddelandet skall bifogas ett intyg från direktören för institutionen om status för genomförandet av planen för placeringen av den dömda.
2. Om domaren med anledning det bedömningsmeddelandet som anges i punkt 1, anser att vidare verkställande av åtgärden inte längre krävs, avslutar han det.

Artikel 38t

Tidsfrist för åtgärden skall inte löpa:

- a. Under den tid som den person som den utdömts för på grund av annat fråntagits sin frihet och under den tid som denne undandragit sig sådant frihetsberövande.
- b. När han i mer än en dag i följd olovligen uppehåller sig utanför den institution som han placerats på.

Artikel 38u

Justitieministern kan när som helst avsluta åtgärden.

TITEL IIC**RÄTTSSKIPNING I SAMBAND MED ÅTGÄRD FÖR PLACERING PÅ EN INSTITUTION FÖR STÖD TILL NARKOMANER***Artikel 509y*

I denna titel avses med:

Dömd: den som är placerad på en institution för stöd till narkomaner.

Åtgärd: placering på en institution för stöd till narkomaner.

Frivårdsmedarbetare: den som enligt artikel 38p.4 i strafflagen har i uppdrag att underhålla kontakten med den dömd.

Artikel 509z

1. När åklagarmyndigheten anser att en av bestämmelserna i artiklarna 38q eller 38r skall tillämpas, skall den lämna in ett motiverat yrkande som syftar till detta. När den som ålagts åtgärden villkorligt lämnat in en begäran enligt artikel 38q i strafflagen, meddelar domstolsnotarien åklagarmyndigheten, som så snabbt som möjligt avger ett svar.
2. Endast den domstol av första instans som utdömt åtgärden är behörig att ta del av yrkandet eller begäran.
3. Anser sig domstolen vara obehörig hänvisas ärendet till den domstol som skall döma. Yrkandet anses i sådant fall vara inlämnat av åklagaren vid den sist angivna domstolen.
4. Omedelbart efter det att yrkandet eller svaromålet lämnats in bestämmer ordföranden en dag för undersökning av ärendet, om inte den kortfattade granskningen av dokumenten ger domstolen anledning att lämna yrkandet eller begäran utan vidare behandling.
5. Åklagarmyndigheten skall sedan så snabbt som möjligt låta kalla den dömd och frivårdsmedarbetaren i tid till att närvara vid

undersökningen, med delgivning av yrkandet eller svaromålet till den dömd.

Artikel 509aa

När domstolen tillämpat artikel 38s.1 i strafflagen, bestämmer ordföranden omedelbart efter mottagandet av informationen angiven i denna artikelpunkt, en dag för undersökning av ärendet. Åklagarmyndigheten skall så snart som möjligt kalla den dömd i tid till att närvara vid undersökningen.

Artikel 509bb

1. Om yrkandet från åklagarmyndigheten syftar till tillämpning av artikel 38r i strafflagen så utses en advokat åt den dömd, om han inte har någon advokat, av rättshjälpsbyrån på uppdrag av ordföranden.
2. Advokaten är behörig att vara närvarande vid undersökningen och att ta del av alla dokument som gäller ärendet.
3. Artiklarna 38, 39, 41.2, 45–49, 50.1 är tillämpliga på samma sätt.

Artikel 509cc

1. Både åklagarmyndigheten och den dömd och dennes advokat är behöriga att instämma eller skriftligen låta kalla vittnen och sakkunniga. Ordföranden kan vidare, å åklagarmyndighetens vägnar, beordra att vittnen och sakkunniga instäms eller kallas. Andra personer kan på domstolsnotariens uppdrag bjudas in till att vara närvarande vid undersökningen.
2. Den dömd och frivårdsmedarbetaren kan, innan undersökningen börjar, ta del av dokumenten på domstolens kansli. Bestämmelserna i och i kraft av artikel 34 är tillämpliga.

Artikel 509dd

1. Behandlingen av ärendet i domstolen skall vara offentlig.
2. Undersökningen skall ske med samma tillämpning av artiklarna 269–272, 273.1 och 273.3, 274–281, 284.1, 286–297, 299–301, 309–311, 315, 318–322, 324, 328–331, 345.1 och 345.3 och 346.
3. Åklagarmyndigheten och den dömde är behöriga, i avvaktan på undersökningen, att införa ändringar i yrkandet eller svaromålet, respektive begäran.

Artikel 509ee

1. Om artikel 38r i strafflagen tillämpas, skall beslutet innehålla de särskilda skäl som lett till detta.
2. Beslutet efter ett yrkande eller en begäran om tillämpning av artikel 38q i strafflagen är inte underställt något vanligt rättsmedel.
3. Beslutet skall omedelbart delges den dömde. Vid delgivning av beslutet om tillämpning av artiklarna 38r och 38s.2, informeras om de rättsmedel som finns tillgängliga för att bestrida detta beslut, samt den termin inom vilken rättsmedlet kan användas.
4. Om beslutet innehåller en ändring av de särskilda villkoren enligt artikel 38p.4, skall beslutet delges den dömde personligen.
5. Beslutet enligt artikel 38q avsnitt 2°, skall skriftligen meddelas institutionen eller den sakkunnige.
6. Om domstolen avslutar åtgärden enligt artikel 38s.2, förblir åtgärden i kraft så länge som beslutet inte är oåterkalleligt.

Artikel 509ff

1. Mot domstolens beslut om tillämpning av artiklarna 38r och 38s.2, kan åklagarmyndigheten inom fjorton dagar efter dateringen, och den dömde inom fjorton dagar efter delgivningen av beslutet, överklaga hos hovrätten i Arnhem.
2. Artiklarna 409.1, 410, 449.1, 450–454, 455.1 och 509z.4 och 509z.5, och 509aa–509dd är tillämpliga på samma sätt.

Artikel 509gg

1. Hovrätten skall besluta så snart som möjligt. Den befäster domstolens beslut eller gör vad domstolen skulle ha gjort, med upphävande av beslutet. Artikel 509ee.1 skall tillämpas på motsvarande sätt.
2. Hovrättens beslut är inte underställt något vanligt rättsmedel.

D

I artikel 558.3 skall efter "av myndigheterna" följande infogas: placering på en institution för stöd till narkomaner.

E

I artikel 559a.2 skall "frihetsstraff eller" ersättas av "frihetsstraff" och efter "av myndigheterna" skall följande infogas: eller genom åtgärden placering på en institution för stöd till narkomaner.

KAPITEL IVA. STÖD TILL NARKOMANER*Artikel 18a*

1. Direktören skall se till att det så snart som möjligt, och i varje fall inom en månad efter den internerades ankomst till institutionen för stöd till narkomaner fastställs en stödplan, i största möjliga utsträckning i samråd med den internerade.
2. Enligt förordning skall regler fastställas om de minimikrav som en stödplan måste uppfylla, och de föreskrifter som måste iakttas vid fastställandet eller ändring av planen.

Artikel 18b

Direktören skall se till att stödet sker i överensstämmelse med planen.

Artikel 18c

1. Den internerade har rätt till en periodisk utvärdering från direktören om stödets förlopp. Denna utvärdering skall ske minst en gång per sex månader.
2. Om domaren när han utdömer åtgärden har bestämt att åklagarmyndigheten inom en fastställd termin skall meddela honom om önskvärdheten eller nödvändigheten av att verkställandet fortsätter, skall den första utvärderingen i varje fall göras innan denna termin gått ut.
3. Direktören ser till att en rapport upprättas över varje utvärdering, och att denna rapport så snart som möjligt diskuteras med den internerade.
4. Om den internerade anser att utvärderingsrapporten faktamässigt är oriktig eller ofullständig, har han rätt att lämna en skriftlig kommentar till denna rapport. Om utvärderingsrapporten inte förbättras eller kompletteras enligt kommentaren, skall direktören se till att kommentaren vidhäftas rapporten.
5. I förordning skall regler fastställas om det förfarande som skall följas när det gäller utvärderingen, och de minimikrav som skall ställas på rapporten.