Missbrukarna Socialtjänsten Tvånget

Ref

Ur KB:s samlingar
Digitaliserad år 2014

KUNGL. BIBLIOTEKET
National Library of Sweden



Betänkande
av socialberedningen

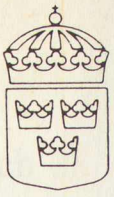
SOU 1987:22

Missbrukarna
Socialtjänsten
Tvånget



Betänkande
av socialberedningen

SOU 1987:22



Statens offentliga utredningar
1987:22
Socialdepartementet

Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget

Betänkande av socialberedningen
Stockholm 1987

Beställningsadress:
Allmänna Förlaget
Kundtjänst
106 47 STOCKHOLM
Tel: 08/739 96 30

Informationsbokhandeln
Malmtorgsgatan 5, Stockholm

Beställare som är berättigade till remissexemplar
eller friexemplar kan beställa sådana under adress:

Regeringskansliets förvaltningskontor
SOU-förrådet
103 33 Stockholm
Tel: 08/763 23 20 Telefontid 8.10—12.00 (externt och internt)
08/763 10 05 12.00—16.40 (endast internt)

Produktion Allmänna Förlaget
Omslag Barbro Holmberg
ISBN 91-38-09713-3
ISSN 0375-250X
Svenskt Tryck Stockholm 1987 715524

Till statsrådet och chefen för socialdepartementet

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

Socialberedningen får härmed överlämna betänkandet Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget. I betänkandet har vi gjort en översyn av lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall och redovisar vissa överväganden och förslag beträffande missbrukarvården i övrigt.

I arbetet med detta betänkande har som ledamöter deltagit departementsrådet Jakob Lindberg (fr o m 1 mars 1986), ordförande, riksdagsledamoten Per Arne Aglert, (fr o m 1 mars 1986), riksdagsledamoten Göte Jonsson, f d riksdagsledamoten Erik Larsson, landstingsrådet Ove Löfgren, riksdagsledamoten Anita Persson, socionomen Kurt Sjöström och riksdagsledamoten Evert Svensson.

Sakkunniga vid utarbetandet av detta betänkande har varit kammarrättsassessorn Christina Bergenstrand, utredningssekreteraren Ingemar Färm, avdelningschefen Arne Gustavsson, rättschefen Sten Heckscher (fr o m 1 mars 1986), föreståndaren Bertil Håkansson, sektionschefen Karl-Axel Johansson, sakkunnige Måns Lönnroth (fr o m 1 mars 1986), avdelningschefen Nils Magnusson (fr o m 1 mars 1986) och sektionschefen Bengt Wiktorin. Experter har varit överläkaren Peter Paul Heineman (fr o m 1 mars 1986), överläkaren Bertil Kettner och kammarrättslagmannen Margit Kärrström.

I arbetet med detta betänkande har som sekreterare tjänstgjort rådmannen Bengt Gustavsson, huvudsekreterare (fr o m 1 oktober 1986), kammarrättsassessorn Cecilia Gunne Nyström (fr o m 1 april 1986), departementssekreteraren Christina Kärvinge (fr o m 1 februari 1986) och sekreteraren Ronald Penton (fr o m 17 mars 1986). Journalisten Carina

Fredén har bistått med redigering m m, Ulla Andersson med utskrift av betänkandet m m och socialläkaren Gunnar Ågren med bearbetning av viss statistik.

Beredningens har anordnat en hearing om narkomanvården och en hearing om vården av alkoholmissbrukare.

Kommitténs sekretariat har vid olika sammanträffanden samrått med företrädare för bl a klientorganisationer, behandlingshem, länsstyrelser och socialnämnder.

Till betänkandet har fogats reservationer av Per Arne Aglert, Göte Jonsson, Erik Larsson och Kurt Sjöström samt särskilda yttranden av Ingemar Färm, Arne Gustavsson och Bertil Håkansson.

Stockholm i juni 1987

Jakob Lindberg

Per Arne Aglert

Göte Jonsson

Erik Larsson

Ove Löfgren

Anita Persson

Kurt Sjöström

Evert Svensson

/Bengt Gustavsson
Cecilia Gunne Nyström
Christina Kärvinge
Ronald Penton

Innehåll

Förkortningar 11

Författningsförslag 13

Sammanfattning 23

I Bakgrund 41

1 *Missbrukets utbredning* 43
1.1 Alkoholmissbruket 43
1.2 Narkotikamissbruket 48
1.3 Övrigt missbruk 51
1.3.1 Sniffning 51
1.3.2 Missbruk av icke narkotikaklassade läkemedel . 52
1.4 Avslutande kommentar 53

2 *Missbrukarna och de sociala vårdlagarna* 55
2.1 Historisk tillbakablick 55
2.1.1 Tidigare sociala vårdlagar 55
2.1.2 Nykterhetsvårdslagen 55
2.1.3 Socialutredningens principbetänkande . . . 57
2.1.4 Socialutredningens slutbetänkande 57
2.1.5 LPV-förslaget 58
2.1.6 Socialberedningens delbetänkande om LVM . 59
2.2 LVM 59

3 *Tillämpningen av LVM — statistik och undersökningar* 63
3.1 Inledning 63
3.2 Tvångsvårdens omfattning 63
3.3 Anmälan, ansökan, beslut om vård 66
3.3.1 Förfarandet 66
3.3.2 "Tratten" 66
3.3.3 Anmälningar 67
3.3.4 Ansökningar och beslut 69
3.3.5 Upprepad LVM-vård 70
3.3.6 Omedelbara omhändertaganden 71
3.3.7 Alkohol-, narkotika- och blandmissbrukare . . 73

3.4 Klienterna i LVM-vården 74
3.4.1 Inledning 74
3.4.2 Kön, ålder, familjetyp, medborgarskap . . . 74
3.4.3 Den sociala situationen vid intagningen . . . 76
3.4.4 Narkotikamissbrukarna 77
3.5 Vården 78
3.5.1 Vårdtiden 78
3.5.2 Avvikningar 78
3.5.3 Inledande sjukhusvård 80
3.5.4 Vård i annan form eller vistelse i eget hem . . 80
3.5.5 Vård i hem för särskild tillsyn 81
3.6 Vårdens resultat 81
3.6.1 Inledning 81
3.6.2 Klienternas situation vid utskrivningen . . . 82
3.6.3 Fortsatt frivillig vård 84
3.6.4 Uppnås målen för vården? 85
3.6.5 Klienternas situation efter utskrivningen . . . 85
3.6.6 Socialtjänstens kontakt med LVM-klienterna . 87
3.7 Sammanfattning 87

4 *Resurser för missbrukarvård* 89
4.1 Inledning 89
4.2 Den öppna socialtjänstens arbete med missbrukare . 89
4.3 Alkoholpolikliniker 90
4.4 Öppen narkomanvård 91
4.5 Behandlingshem och familjevård för missbrukare . . 92
4.5.1 Behandlingshem 92
4.5.2 Familjevård 94
4.6 Sjukvården 95
4.6.1 Bakgrund 95
4.6.2 Psykiatrin 95
4.6.3 Den slutna kroppssjukvården och akutmottagningarna 98
4.6.4 Primärvården och den öppna somatiska vården 99
4.7 Kriminalvården 100
4.8 Statsbidragssystemet 102

5 *Alkoholmissbrukarna och vården* 105
5.1 Inledning 105
5.2 Sjukligheten 105
5.3 Dödligheten 107
5.4 Sysselsättning/försörjning 115
5.5 Bostadsförhållanden 122
5.6 Vården — oplanerad, kortsiktig och utan kontinuitet . 125
5.6.1 Inledning 125
5.6.2 Socialtjänstens kontakt med missbrukarna . . 126
5.6.3 Insatserna är oplanerade 128
5.6.4 Insatserna är kortsiktiga 134
5.6.5 Insatserna präglas inte av kontinuitet 140

5.7 Kvinnliga alkoholmissbrukare 144
5.8 Utvecklingen inom institutionsvården 146
5.9 Vårdens resultat 149
5.10 Sammanfattning 153

6 *Narkotikamissbrukarna och vården* 157
6.1 De narkotiska medlen 157
6.1.1 Inledning 157
6.1.2 Centralstimulantia 157
6.1.3 Opiater 158
6.1.4 Cannabis 159
6.1.5 Hallucinogener 160
6.1.6 Sömnmedel och lugnande preparat 160
6.2 Sjuklighet och dödlighet 162
6.2.1 Sjukligheten 162
6.2.2 Dödligheten 165
6.3 AIDS och narkotikamissbruk 165
6.3.1 Bakgrund 165
6.3.2 Vad är AIDS? 165
6.3.3 HIV/AIDS-epidemins spridning 168
6.3.4 Smittspridningen bland narkotikamissbrukarna 168
6.4 Missbrukskarriären 172
6.5 Aktuella undersökningar 176
6.5.1 "Sjuttiotalets narkomaner" 176
6.5.2 Opiatmissbrukare i Malmö på 1970-talet . . . 180
6.5.3 BAK-projektet 181
6.6 Kvinnliga narkotikamissbrukare 184
6.7 Några slutsatser 188
6.7.1 Narkomanvården möter en tung klientgrupp . 188
6.7.2 Den sociala utslagningen har ökat 188
6.7.3 Narkomanvården kommer ofta in sent . . . 188
6.8 Sammanfattning 191

II Överväganden och förslag 193

7 *En förstärkt frivilligvård* 195
7.1 Inledning 195
7.2 Övergripande utgångspunkter för missbrukarvården . 195
7.3 Missbrukarvårdens begränsade räckvidd 199
7.3.1 Socialbidrag och behandling 199
7.3.2 Socialtjänsten når inte narkotikamissbrukarna . 201
7.3.3 Samverkan mellan socialtjänst och polis . . . 202
7.3.4 Missbrukarna inom kriminalvården 203
7.3.5 Många missbrukare avbryter behandlingen . . 204
7.4 Behovet av långsiktigt stödjande insatser 205
7.5 Missbrukarna och arbetsmarknaden 210
7.6 De frivilliga organisationernas roll 215
7.7 Behovet av specialiserade insatser 220

7.8 Utbildning och handledning för vårdpersonalen . . 224
7.8.1 Bakgrund 224
7.8.2 Utbildningsbehov 225
7.8.3 Handledning 228
7.9 Narkomanvårdens roll i AIDS-bekämpningen . . . 230
7.9.1 Bakgrund 230
7.9.2 HIV-testerna 234
7.9.3 Långsiktig vård av HIV-smittade narkotikamissbrukare — några problem 237
7.10 Resursfrågan 239
7.10.1 Inledning 239
7.10.2 Oplanerad vård är dyr vård 240
7.10.3 Vården av alkoholmissbrukare behöver omorganiseras 242
7.10.4 Vården av narkotikamissbrukare måste byggas ut 242
7.10.5 Yngre alkoholmissbrukare kräver särskilda insatser 243
7.10.6 Institutionsvård behovs också för de tyngsta grupperna 244
7.10.7 Statsbidraget 245
7.11 Sammanfattning 245

8 *Tvångets roll och funktioner inom missbrukarvården* . . 249
8.1 Bakgrund 249
8.1.1 Inledning 249
8.1.2 Akutlag 249
8.1.3 Vårdlag 250
8.1.4 LVM — en kompromiss 251
8.2 Utgångspunkter 251
8.2.1 Inledning 251
8.2.2 Tvångsvård — en sistahandlösning 252
8.2.3 Skillnaderna mellan tvångsvård och frivillig vård 255
8.2.4 Informellt och indirekt tvång 258
8.2.5 Tvångets syfte 259
8.2.6 Tvångsvård i olika skeden 260
8.2.7 Hela behandlingen kan inte genomföras under tvång 263
8.2.8 Tvångsvårdens längd 264
8.2.9 Vårdmotiven förblir centrala 266
8.2.10 Tvångsvårdens kvalitet 268
8.3 Sammanfattning 270

9 *Grunder och vårdtid* 273
9.1 Bakgrund 273
9.2 Överväganden 274
9.2.1 Inledning 274
9.2.2 Generalindikationen i 2 § LVM 275
9.2.3 Närmare om hälsorisken (3 § a LVM) 277
9.2.4 Skyddet för missbrukarens omgivning (3 § b LVM) 280

9.2.5 Särskilt om LVM och AIDS 284
9.3 Vårdtidens längd 286
9.4 Sammanfattning 291

10 *Utrednings- och ansökningsförfarandet* 293
10.1 Gällande rätt 293
10.2 Kort historik 293
10.3 Annan lagstiftning 294
10.4 Överväganden 295
10.5 Särskilt om läkarintygen 299
10.6 Sammanfattning 300

11 *Omedelbara omhändertaganden* 303
11.1 Inledning 303
11.2 Rätten att besluta om ett omedelbart omhändertagande 304
11.3 Praxis är ojämn 305
11.4 Överväganden 306
11.4.1 Bör kriterierna förändras? 306
11.4.2 Bör någon annan än polisen fatta besluten? . 306
11.4.3 Läkarnas roll 308
11.4.4 En mer enhetlig praxis 308
11.4.5 Hur skall ett omhändertagande gå till? . . . 309
11.5 Sammanfattning 311

12 *Den formella regleringen av LVM-vården* 313
12.1 Ansvaret för LVM-vårdens innehåll 313
12.1.1 Bakgrund 313
12.1.2 Överväganden 314
12.2 Inledande sjukhusvård 318
12.2.1 Inledning 318
12.2.2 Allmänna förutsättningar för sjukhusvård . . 320
12.2.3 Socialberedningens förslag i Ds S 1983:16 . . 321
12.2.4 Överväganden 322
12.3 Vårdinstitutioner med enskild huvudman 326
12.4 Sammanfattning 327

13 *LVM-vårdens resurser och innehåll* 329
13.1 Bakgrund 329
13.1.1 Utvecklingen av LVM-vårdens resurser . . . 329
13.1.2 Platser på § 18-hem 333
13.1.3 Resurser för narkotikamissbrukare 335
13.2 LVM-vårdens innehåll 336
13.2.1 Inledning 336
13.2.2 LVM-vård med lägre faktiska rehabiliteringsmål 338
13.2.3 LVM-vård med högre faktiska rehabiliteringsmål 345
13.3 Bristen på resurser för LVM-vård 353
13.3.1 Inledning 353
13.3.2 Statligt huvudmannaskap för LVM-hemmen? . 354
13.3.3 Särskilt statsbidrag till LVM-vården? 355

13.3.4 Inventering av resursbehov 357
13.4 Behovet av forskning och statistik 358
13.4.1 Forskningen 358
13.4.2 Statistiken 359
13.5 Sammanfattning 359

14 *Ekonomiska konsekvenser av förslagen* 363

15 *Specialmotivering* 367
15.1 Förslag till ny lag om vård av missbrukare i vissa fall . 367
15.2 Förslag till ändringar i socialtjänstlagen 389

Referenser 391

Reservationer och särskilda yttranden 399

Bilaga, LVM i gällande lydelse 415

Förkortningar

AA	Anonyma Alkoholister
AIDS	Aquired Immune Deficiency Syndrome (förvävad immunbristsjukdom)
ALRO	Alkoholproblematikers Riksorganisation
ALNA	Alkohol- och narkotikarådet
AMS	Arbetsmarknadsstyrelsen
AMU	Arbetsmarknadsutbildning
BrB	Brottsbalken
BRÅ	Brottsförebyggande rådet
BvL	Barnavårdslagen (1960:97)
CAN	Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
FMN	Föräldraföreningen mot narkotika
HIV	Human Immunodeficiency Virus (humant immunbristvirus)
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
JO	Justitieombudsmannen
KvaL	Lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt
LAS/ARC	Lymfadenopatisyndrom/AIDS Related Complex (AIDS-relaterade symtom)
LOB	Lagen (1976:511) om omhändertagande av berusande personer m m
LP-stiftelsen	Levi Pethrus-stiftelse för filantropisk verksamhet
LVM	Lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga
LSPV	Lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall
NvL	Nykterhetsvårdslagen (1954:579)
Prop	Proposition
RB	Rättegångsbalken
RFHL	Riksförbundet För Hjälp åt Läkemedelsmissbrukare
RFMA	Riksförbundet mot alkohol- och narkotikamissbruk
rskr	riksdagens skrivelse
SCB	Statistiska centralbyrån
SoL	Socialtjänstlagen (1980:620)
SoU	Socialutskottets betänkande
SOU	Statens Offentliga Utredningar
UNO	Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning

Författningsförslag

Förslag till
Lag om vård av missbrukare i vissa fall

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

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

2 § Vård inom socialtjänsten av en missbrukare skall ges i samförstånd med den enskilde enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (1980:620).

En missbrukare skall dock beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i denna lag (tvångsvård).

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

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

Beredande av vård

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

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

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

5 § Länsrätten beslutar i fråga om att bereda någon tvångsvård.

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

En läkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med en missbrukare som kan antas vara i behov av vård enligt denna lag skall anmäla detta till länsstyrelsen, om den vårdbehövande inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

7 § Länsstyrelsen skall inleda utredning, om det genom anmälan enligt 6 § eller på något annat sätt kommit till dess kännedom att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård.

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

8 § Socialnämnden skall lämna länsstyrelsen en redogörelse för missbrukarens förhållanden och för tidigare vidtagna och för planerade åtgärder. Socialnämnden skall också ange i vilket hem intagning kan ske och vilken vård utanför hemmet som planeras, om intagning sker.

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

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

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

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

Om ansökan inte innehåller läkarintyg eller om det behövs av andra skäl, får rätten föranstalta om läkarundersökning.

12 § Socialnämnden skall se till att rättens beslut om tvångsvård verkställs genom att missbrukaren bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 23 § första stycket, på sjukhus.

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

Beslutet upphör också att gälla om missbrukaren, sedan vården har påbörjats, under mer än sex månader i följd antingen har vistats olovli-

gen utanför hem som avses i 22 § eller varit intagen i häkte eller kriminalvårdsanstalt.

Omedelbart omhändertagande

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

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

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

När länsstyrelsen har ansökt om tvångsvård med stöd av lagen, kan även rätten besluta att missbrukaren omedelbart skall omhändertas.

14 § Ett beslut om omedelbart omhändertagande skall genast underställas länsrätten. Länsstyrelsen skall genast underrättas om beslutet. Har polismyndigheten fattat beslutet, skall myndigheten genast underrätta socialnämnden om sitt beslut.

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

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

1. yttra sig skriftligen till rätten inom en viss angiven tid,
2. begära muntlig förhandling och
3. erhålla offentligt biträde enligt rättshjälpslagen (1972:429).

Han skall också upplysas om att rätten kan komma att avgöra målet även om yttrande inte lämnas.

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

17 § Om någon är omhändertagen enligt 13 § första stycket, skall ansökan om tvångsvård ha kommit in till länsrätten inom en vecka från det länsrätten meddelade beslut att omhändertagandet skulle bestå. Har ansökan inte kommit in inom denna tid eller finner länsrätten att det inte

längre finns skäl för omhändertagandet, skall länsrätten upphäva beslutet om omhändertagande.

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

18 § En läkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med en missbrukare som kan antas omedelbart behöva tas om hand enligt denna lag skall anmäla detta till socialnämnden, om missbrukaren inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

19 § Socialnämnden skall se till att den som är omedelbart omhändertagen utan dröjsmål bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 23 § första stycket, på sjukhus.

Vårdtid

20 § Tvångsvården skall upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader (vårdtid). Vården påbörjas genom beslut om intagning och upphör genom beslut om utskrivning enligt 24 §.

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

Vården

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Socialnämnden skall se till att vården anordnas.

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

27 § Innan vård i annan form påbörjas skall socialnämnden i samråd med den intagne och den som förestår vården upprätta en plan för denna vård.

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

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

Särskilda befogenheter

30 § Den som vårdas enligt denna lag vid ett LVM-hem får inte inneha alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel, injektionssprutor eller kanyler eller något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Påträffas sådan egendom, får den omhändertas.

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

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

32 § Bestämmelserna i 30 och 31 §§ skall gälla för alla som vårdas vid ett LVM-hem, om det är nödvändigt för att genomföra vården och upprätt-

hålla ordningen vid hemmet och regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen medger det.

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

34 § Den som vårdas enligt denna lag i ett hem som avses i 33 § får hindras att lämna hemmet och i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för att vården skall kunna genomföras. Hans rörelsefrihet får också inskränkas när det behövs av hänsyn till andra intagnas eller till personalens säkerhet.

35 § Försändelser till den som vårdas enligt denna lag vid ett sådant hem som avses i 33 § får kontrolleras, om det behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet eller till den intagnes särskilda förhållanden. Om en ankommande försändelse innehåller egendom som inte får innehas enligt 30 §, får den omhändertas.

36 § Har alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel omhändertagits enligt 30 eller 35 § eller har sådana påträffats inom ett LVM-hem utan att det finns någon känd ägare till dem, skall den som föreståt vården vid hemmet låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagen egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m m. Belopp som erhålls vid försäljning tillfaller staten.

Detsamma skall gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas vid missbruk av och annan befattning med alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel.

Bestämmelser om handläggningen

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

38 § I mål om beredande av vård, där missbrukaren är omhändertagen enligt 13 § första stycket, skall länsrätten företa målet till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan om vård kom in eller, i fall som avses i 14 § andra stycket, från den dag då underställningen skedde. Om ett beslut om omedelbart omhändertagande inte är verkställt när det underställs eller om länsrätten har beslutat om omedelbart omhändertagande enligt 13 § tredje stycket, skall målet företas till avgörande inom en vecka från den dag då beslutet verkställdes.

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

39 § I mål om beredande av vård med stöd av denna lag skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart

obehövligt. I andra mål enligt denna lag prövar rätten om det finns skäl att hålla muntlig förhandling.

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

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

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

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

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

43 § Beslut om omhändertagande enligt 13 § gäller omedelbart.

Beslut om överflyttning enligt 24 § andra stycket får förordnas att gälla omedelbart, om det behövs från vårdsynpunkt. Andra beslut av styrelsen eller någon annan som förestår vården vid ett LVM-hem gäller omedelbart.

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

Bestämmelser om överklagande

44 § Beslut av styrelsen vid ett LVM-hem eller av någon annan som förestår vården vid ett sådant hem får överklagas av den enskilde hos länsrätten genom besvär, om beslutet avser överflyttning enligt 24 § eller avslag på begäran om utskrivning.

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

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

Överklagande av rättens beslut om omedelbart omhändertagande är inte inskränkt till viss tid.

Polishandräckning

45 § Polismyndigheten skall lämna biträde för att

1. på begäran av länsstyrelsen eller rätten inställa en missbrukare till en beslutad läkarundersökning,
2. på begäran av socialnämnden inställa den som skall beredas vård enligt denna lag vid ett LVM-hem eller sjukhus samt
3. på begäran av den som förestår vården vid ett LVM-hem efterforska, hämta eller förflytta någon som bereds vård där med stöd av denna lag.

Åtalsprövning

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

Övriga bestämmelser

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

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

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

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

I fråga om särskild styrelse tillämpas 3 kapitlet 2—12 §§ kommunallagen (1977:179) på motsvarande sätt. Landstinget eller kommunfullmäktige får besluta att även annan än ledamot eller suppleant i styrelsen får närvara vid styrelsens sammanträden och delta i överläggningarna men ej i besluten samt få sin mening antecknad i protokollet.

---

1. Denna lag (nya lagen) träder i kraft den 1 januari 1989, då lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (gamla lagen) upphör att gälla. Bestämmelserna i den gamla lagen skall dock fortfarande gälla när ansökan om vård med stöd av den gamla lagen har kommit in till länsrätten före den 1 januari 1989.
2. Är någon vid utgången av år 1988 omedelbart omhändertagen enligt den gamla lagen och har ansökan om vård inte kommit in till länsrätten före den 1 januari 1989, skall därefter tillämpas bestämmelserna beträffande den som är omedelbart omhändertagen enligt den nya lagen.

Förslag till
Lag om ändring i socialtjänstlagen (1980:620)

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

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
11 §	
Socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Insatser för barn och ungdom bör därvid ägnas särskild uppmärksamhet.	
Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. *Nämnden skall även stödja den enskilde missbrukaren och se till att han får den hjälp eller vård som behövs för att komma ifrån missbruket.*	Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. *Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera de stöd- och hjälpinsatser som behövs och noga följa den planlagda vården.*
47 §	
Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får inte avse vad som ankommer på nämnden enligt 2, 5, 6 och 8 a §§, 11 § första och andra styckena, 17 § tredje stycket *samt* 18 § lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga.	Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får inte avse vad som ankommer på nämnden enligt 2, 5, 6 och 8 a §§, 11 § första och andra styckena, 17 § tredje stycket *och* 18 § lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga *samt 13 § lagen (1988:000) om vård av missbrukare i vissa fall.*

I de kommuner där sociala distriktsnämnder inte har inrättats får dock beslutanderätten i frågor som avses i första stycket uppdras åt särskild avdelning som består av ledamöter eller suppleanter i nämnden.

49 §

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

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1989.

Sammanfattning

Inledning

Socialberedningen redovisar i detta betänkande förslag till en revidering av den lagstiftning som reglerar tvångsvården av vuxna missbrukare, LVM. Vårt egentliga uppdrag i detta sammanhang har varit att göra en översyn av den lagen. Men vi har inte ansett det rimligt att begränsa vår diskussion till att enbart avse tvångsvårdslagens utformning. Tvångsvårdens roll och funktioner inom missbrukarvården kan inte diskuteras utan kunskap om missbrukets omfattning och karaktär och om den frivilliga vårdens möjligheter och begränsningar.

Vi redovisar därför en översiktlig bild av de tunga missbrukarnas levnadsförhållanden och av hur dessa har förändrats under de senaste decennierna. Vi beskriver också missbrukarvårdens läge och utveckling och redovisar en rad överväganden och förslag som syftar till en förstärkning av i första hand socialtjänstens insatser för de vuxna missbrukarna.

Mot bakgrund av denna diskussion om den frivilliga missbrukarvården lägger vi fram våra synpunkter på tvångsvårdens syfte och roll och redovisar våra förslag till förändringar av LVM. En viktig utgångspunkt har därvid varit den granskning som vi genomfört av hur LVM har tillämpats under de drygt fem år som lagen varit i kraft.

Missbrukets utbredning

De alkoholmissbrukare som kommer i kontakt med socialtjänsten är en grupp som i regel förenar ett allvarligt missbruk med en socialt utsatt situation. En stor del av dem har helt förlorat sin sociala förankring. När man ibland talar om "tunga" alkoholmissbrukare, är det som regel den gruppen som åsyftas. Även vi använder termen i denna betydelse.

Enligt en grov uppskattning uppgår antalet tunga alkoholmissbrukare till mellan 50 000 och 100 000 personer. Antalet yngre, tidigt socialt utslagna alkoholmissbrukare har stigit under senare år.

Totalt sett har det tunga missbruket ökat kraftigt i omfattning under de senaste decennierna. Statistiken över alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet, liksom uppgifter från olika vårdområden, talar för att gruppen av tunga alkoholmissbrukare har blivit större. Härtill kommer det tunga narkotikamissbruket, som var en marginell företeelse fram till 1960-talets början, medan antalet tunga narkotikamissbrukare var mel-

lan 10 000 och 14 000 år 1979 och sannolikt är ännu högre i dag. Uppgifter från vårdenheterna tyder på att de tunga läkemedelsmissbrukarna också är en växande grupp. Till detta kommer missbruket av flyktiga lösningsmedel. Bland vuxna har även detta slag av missbruk uppenbarligen blivit vanligare, även om problemet fortfarande är begränsat jämfört med annat missbruk.

Vården av alkoholmissbrukare

De tunga alkoholmissbrukarnas sociala och medicinska situation har försämrats påtagligt under de senaste decennierna. Överdödligheten bland alkoholmissbrukare har ökat dramatiskt.

Den alkoholrelaterade dödligheten svarar för omkring en fjärdedel av alla dödsfall bland män i åldrarna 24 till 44 år. Missbruk är därmed den största enskilda orsaken till förtidig död bland män i denna åldersgrupp.

På 1940-talet förelåg mycket små skillnader i dödlighet mellan alkoholmissbrukare och normalbefolkningen. Dödligheten bland manliga socialt utslagna missbrukare har sedan ökat dramatiskt för att i början av 1980-talet vara omkring sju gånger så hög som normalbefolkningens.

De yngre alkoholmissbrukarnas överdödlighet är markant. Bland de yngre har också överdödligheten stigit särskilt kraftigt. Det är sannolikt att en tidig missbruksdebut allvarligt ökar risken för död i förtid.

Dödlighetsmönstret hos alkoholmissbrukare skiljer sig inte mellan män och kvinnor.

De tunga alkoholmissbrukarna har i stigande utsträckning slagits ut från arbetsmarknaden. År 1967 hade en majoritet av nykterhetsvårdens klienter arbete på den öppna arbetsmarknaden och lön som huvudsaklig försörjningskälla.

Tjugo år senare är läget det omvända. Förvärvsarbete spelar numera en helt underordnad roll för de missbrukare som är aktuella inom socialtjänsten. Lön som inkomstkälla har i stor utsträckning ersatts av pension eller socialbidrag.

De tunga alkoholmissbrukarnas boendesituation har också försämrats under de senaste åren efter en förbättring under 1970-talet. Antalet bostadslösa i de tre största städerna kan våren 1987 uppskattas till omkring 5 000 personer.

Socialtjänstens arbete med de tunga alkoholmissbrukarna kännetecknas av betydande svårigheter. Problemen ligger på flera olika plan; bristande samordning, bristfällig uppföljning efter institutionsvistelser, svårigheter att nå de tunga missbrukarna med erbjudanden om vård och att hålla dem kvar i den vård som erbjuds. Problemen kan tillskrivas brister i fråga om både resurser och metoder.

Detta kritiska perspektiv riktar sig inte mot enskilda socialarbetares arbetsinsatser. Vårt intryck är tvärtom att de socialarbetare som arbetar med de tunga missbrukarna ofta utför ett engagerat arbete. På många håll finns också en tydlig strävan att utveckla metoderna. Arbetsvillkoren är dock inte sällan pressade och arbetsbelastningen hög.

Kritiken är inte heller generellt giltig. På många håll inom socialtjänsten görs det viktiga och konstruktiva insatser för missbrukarna. Ser man

på området i dess helhet, är problemen emellertid avsevärda.

Socialtjänstens kontakter med missbrukarna förändrades genom att nykterhetsvårdsarbetet integrerades med barnavårds- och socialhjälpsarbetet under 1960- och 1970-talen, liksom genom socialtjänstreformen år 1982. Nykterhetsvårdslagens noga preciserade föreskrifter för missbruksarbetet ersattes av en större frihet att arbeta förutsättningslöst i samverkan med klienten.

Dessa från flera synpunkter positiva förändringar synes för de tunga missbrukarnas del samtidigt ha inneburit nackdelar. Omorganisationen medförde av allt att döma en minskning av resurserna för och kompetensen i arbetet med de tunga missbrukarna. I många större kommuner har man nu genomfört en omorganisation i den andra riktningen, genom att man har tillskapat särskilda arbetsgrupper och liknande för missbruksarbetet.

Socialtjänstens insatser mot missbruksproblemen framstår ofta som dåligt planerade. Denna brist på planering är en bidragande orsak till att socialtjänsten inte sällan på ett passivt sätt möter missbrukarnas behov av hjälp och omhändertagande.

Enligt socialarbetarnas egna bedömningar får alkoholmissbrukarna mer ekonomisk hjälp och mindre behandling än vad som är befogat. I arbetet med att bedöma ekonomiska hjälpbehov och betala ut socialbidrag tycks inte sällan missbruksproblemen komma i skymundan.

Särskilt allvarligt är det att de yngres missbruksproblem ofta inte uppmärksammas. De yngre efterfrågar i mindre utsträckning hjälp för missbruket och kontakterna domineras i ännu högre grad av den ekonomiska hjälpen. I själva verket tycks missbruksproblem bland de yngre klienterna vara mycket vanligare än vad man i allmänhet inser. De yngre alkoholmissbrukarna har ofta en bakgrund och en social situation som liknar narkotikamissbrukarnas. Blandmissbruk är dessutom vanligt i dessa åldrar.

Det finns en brist på kontinuitet i insatserna, något som också gäller för de missbrukare som erhåller institutionsvård. Uppföljningen efter institutionsvården fungerar sällan på det sätt som förutsattes när socialtjänstlagen infördes.

Samarbetet mellan socialtjänsten och sjukvården är dåligt utvecklat. Ofta vet man inom det ena av dessa områden inte att klienten respektive patienten är aktuell inom det andra.

Mot denna dystra bild av socialtjänstens arbete med de tunga alkoholmissbrukarna kontrasterar bl a ett flertal verksamheter som bedrivs i projektform. Dessa projekt inriktas på olika, väl avgränsade missbrukargrupper och arbetet bärs upp av en gemensam vårdideologi. Projekten bygger på tät och långvarig kontakt med missbrukarna och präglas av ett starkt engagemang från personalens sida.

Utvecklingen inom institutionsvården har medfört att antalet vårdplatser för tunga alkoholmissbrukare har minskat. Samtidigt har en rad institutionsresurser tillkommit som är mer behandlingsinriktade och vänder sig till missbrukare som har kvar åtminstone en del av sin sociala förankring. De högre ambitionerna och förnyelsen av behandlingsmetoderna är positiva inslag. Utvecklingen innebär samtidigt en ökad risk för

att de sämst ställda alkoholmissbrukarna inte får sina vårdbehov tillgodosedda.

Behandlingsforskningen tyder på att behandling av tunga alkoholmissbrukare inte framgångsrikt kan bedrivas i form av tillfälliga insatser av kort varaktighet. Allt talar för att utsikterna att åstadkomma viktiga, positiva förändringar i missbrukarnas liv är större om man inom den öppna vården bygger upp former för långsiktigt stödjande insatser.

Vården av narkotikamissbrukare

Narkotikamissbruk leder ofta till en rad kroppsliga och psykiska skador. Injektionsmissbrukarna utsätter sig för särskilt stora risker att drabbas av allvarliga sjukdomar och förtidig död. Riskerna sammanhänger inte enbart med intagningssättet och de preparat som missbrukas utan också i hög grad med det socialt utsatta liv som missbrukarna lever.

Vissa studier pekar på att dödligheten är mellan 10 och 15 gånger högre bland de intravenösa narkotikamissbrukarna än i normalbefolkningen. Risken för död i förtid tycks vara större vid narkotikamissbruk än vid alkoholmissbruk.

Villkoren tycks successivt ha hårdnat för narkotikamissbrukarna under 1970-talet. Detta tog sig bl a uttryck i en tyngre kriminalitet och ökad sjuklighet. De kvinnliga narkotikamissbrukarna tvingades i allt högre grad till prostitution.

Ingenting tyder på att situationen har förbättrats under 1980-talet. Under de senaste åren har dessutom AIDS/HIV-epidemin tillkommit som ett dödligt hot. HIV-smittan har spritts i snabb takt bland narkotikamissbrukarna, framför allt bland intravenösa heroinmissbrukare i Storstockholmsområdet. Men den har också, fast i mindre utsträckning, drabbat missbrukare av centralstimulantia och fått viss spridning bland narkotikamissbrukare i Malmö-Lund-regionen och i Göteborgsområdet. Hittills har smitta konstaterats hos närmare 400 narkotikamissbrukare.

Ingen HIV-smittad narkotikamissbrukare har ännu utvecklat sjukdomstillståndet AIDS. En förklaring till detta kan vara att många har avlidit i förtid av andra orsaker, främst till följd av överdosering.

I många andra länder svarar narkotikamissbrukarna nu för en betydande del av AIDS-fallen. I USA utgör de intravenösa missbrukarna ca en fjärdedel av alla som fått AIDS-diagnos. Spridningen av epidemin bland missbrukarna är särskilt markant i Italien och Spanien, där mer än hälften av AIDS-fallen utgörs av intravenösa narkotikamissbrukare. I Europa som helhet ökar antalet AIDS-fall bland narkotikamissbrukarna proportionellt mycket snabbare än det totala antalet AIDS-fall.

Vägen in i och ut ur ett tungt narkotikamissbruk beskrivs i olika studier som en process med ett antal urskiljbara steg. Denna process brukar kallas missbrukskarriären. Den inleds i allmänhet i tonåren med ett experimenterande med droger för att efter något eller några år övergå till ett regelbundet missbruk.

De som inte lyckas lämna missbruket i de första stadierna, förlorar förr eller senare kontrollen över sitt missbruk och övergår till ett s k kompulsivt (tvångsmässigt) stadium.

Så småningom brukar emellertid missbrukaren komma till en punkt då han börjar ifrågasätta sitt levnadssätt — vändpunkten. Han vill nu försöka ta sig ur sitt missbruk.

Även vägen ut ur missbrukskarriären går via olika stadier. Under det första av dessa stadier gör missbrukaren utbrytningsförsök som emellertid ofta slutar med återfall. Efter en tid inträder ett skede då behandlingsförsöken får allvarligare inriktning. Under missbrukskarriärens sista stadium — frigörelsestadiet — minskar gradvis behovet av stöd.

Olika studier tyder på att den s k vändpunkten ofta inträffar sent i karriären. En del söker inte vård förrän efter flera års kompulsivt missbruk. När de börjar försöka ta sig ur sitt missbruk har de hunnit bli socialt och fysiskt nedgångna till följd av missbruket och levnadssättet i övrigt. Vägen mot missbruksfrihet går i allmänhet via åtskilliga vårdtillfällen och återfall i missbruk och kriminalitet.

I den diskussion som dessa forskningsresultat har föranlett, har flera betonat att den s k missbrukskarriärens mönster inte behöver vara opåverkbart av de insatser samhället gör mot missbruket och för missbrukarna. Det kan bl a inte uteslutas att den s k vändpunkten kan tidigareläggas och att man kan nå större framgång med missbrukare i svårbehandlade skeden, om behandlingens inriktning och uppläggning förändras.

För närvarande kommer narkomanvården emellertid ofta in sent i missbruksförloppet och lyckas ofta inte förkorta det, enligt de studier som nu finns tillgängliga. I skuggan av hotet från AIDS/HIV framstår detta som ett allvarligt problem.

En förstärkt frivilligvård

Mot bakgrund av beskrivningen av missbrukarnas situation och missbrukarvårdens läge, redovisar vi våra överväganden och förslag rörande en förstärkt frivilligvård. De kan sammanfattas i följande 11 punkter.

1 Förtydligande av socialtjänstlagen

Respekten för klienten som person får inte leda till passivitet inför ett fortgående tungt missbruk. När det gäller de tunga missbrukarna kan det inte accepteras att socialarbetarna passivt inväntar att motivationen för förändring skall inställa sig hos klienten. Socialtjänsten har skyldighet att bedriva en aktivt uppsökande verksamhet för att tillförsäkra missbrukarna rätten till stöd och vård.

För att markera detta aktiva förhållningssätt föreslår vi ett tillägg till socialtjänstlagens 11 §. Genom lagändringen förtydligas socialnämndens ansvar för att missbrukare får erforderlig vård. I bestämmelsen klargörs också att vården måste planeras och att socialnämnden noga skall följa den planerade vården.

2 Samarbetet mellan socialtjänsten och de rättsvårdande myndigheterna

En stor del av de tunga narkotikamissbrukarna är okända för såväl socialbyråerna som den särskilda narkomanvården. Många av dessa har i

stället kontakt med polisen och kriminalvården. Det är mot den bakgrunden nödvändigt att få till stånd en bättre samordning av socialtjänstens och de rättsvårdande myndigheternas insatser.

Samarbetet mellan polis och socialtjänst bör förstärkas — under ömsesidig respekt för de båda myndigheternas olika funktioner och roller i missbruksarbetet.

Även samarbetet mellan kriminalvård och socialtjänst — som under senare år har utvidgats på ett positivt sätt — bör utvecklas vidare.

3 Förstärkt samarbete inom socialtjänsten

Socialtjänstens arbete med missbrukarna bör få en mer långsiktigt stödjande karaktär. Det krävs bl a för att undvika att missbrukarna roterar runt mellan olika vårdenheter på ett planlöst eller destruktivt sätt. Samarbetet mellan vårdens olika delar måste förstärkas. Inte minst viktigt är det att institutionsvistelser följs upp genom väl planerade insatser i den öppna vården.

4 De psykiskt störda missbrukarna

De psykiskt svårt störda missbrukarna faller ofta mellan socialtjänstens och psykiatrins ansvarsområden. De mest vårdbehövande riskerar därmed att få sina vårdbehov särskilt dåligt tillgodosedda.

Vi föreslår att regeringen ger socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med landstings- och kommunförbunden utarbeta en plan för hur vården av psykiskt svårt störda missbrukare kan förbättras, bl a genom ett förstärkt samarbete mellan socialtjänst och psykiatri.

5 Missbrukarna och arbetsmarknaden

Missbrukarnas förankring på arbetsmarknaden har försämrats drastiskt under de senaste tjugo åren. Såväl socialtjänst som arbetsförmedlingar upplever stora svårigheter att komma till rätta med detta. Bristen på effektiva samverkansformer mellan olika inblandade myndigheter förvärrar problemet. Sådana samverkansformer bör kunna utarbetas och prövas försöksvis.

Vi föreslår att arbetsmarknadsstyrelsen får i uppdrag att i samråd med socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet dra upp riktlinjer för en försöksverksamhet av detta slag.

6 De frivilliga organisationerna

De frivilliga organisationerna utgör en viktig resurs i missbruksarbetet. De är många och har en starkt växlande inriktning, vilket ger utrymme för mångfald och differentiering av insatserna. Vi framhåller vikten av stöd till de frivilliga organisationernas arbete.

7 Behovet av specialisering

Övergången från den gamla funktionsuppdelade socialvården till den integrerade socialtjänsten har medfört viktiga vinster i det sociala arbetet. Där integrationen har lett till en långtgående avspecialisering av missbruksarbetet, har den mellertid samtidigt medfört allvarliga kompetensförluster. När det gäller arbetet med de tunga missbrukarna inom den öppna socialtjänsten är det nödvändigt att bibehålla och förstärka olika typer av specialresurser.

8 De politiskt förtroendevalda

De politiskt förtroendevalda i socialnämnder och sociala distriktsnämnder spelar en central roll för det sociala arbetet i kommunerna. De har bl a ansvaret för att i konkurrens med övriga kommunala verksamheter driva fram tillräckliga ekonomiska resurser och att värna det sociala området.

9 Utbildning och handledning för vårdpersonalen

Att vårdarbetarna har god utbildning och hög kompetens är avgörande för möjligheten att nå framgång i behandlingsarbetet. Vi framhåller behovet av fördjupning av socionomutbildningen när det gäller kunskaper om missbruk och missbrukarvård.

Grundutbildningen måste kompletteras med återkommande fort- och vidareutbildning. Särskilda utbildningsinsatser för behandlingshemspersonal bör kunna erhålla stöd genom de anslag som socialstyrelsen disponerar för utvecklingsinsatser inom vårdområdet.

I det ofta krävande arbetet med de tunga missbrukarna är handledning ett nödvändigt inslag. Det finns risk för att resurserna för handledning ifrågasätts av besparingsskäl i kommunerna. Vi understryker att detta är en kortsiktig besparing, som riskerar att leda till en ineffektiv missbrukarvård.

10 HIV-epidemin bland narkotikamissbrukarna

HIV-epidemin bland narkotikamissbrukarna har ställt narkomanvården inför dess största utmaning hittills. Regeringens AIDS-delegation har uppställt målet att alla injektionsmissbrukare skall nås för provtagning, avgiftning och behandling. Klyftan mellan detta höga mål och vad narkomanvården kan uträtta i dagsläget är emellertid avsevärd. Narkomanvården måste tillföras de resurser som är nödvändiga för att den skall klara sin svåra uppgift.

Det krävs också en kursändring inom narkomanvården. Dess organisation, metoder och förhållningssätt måste omprövas och anpassas till den nya situationen.

HIV-testning av narkotikamissbrukare måste så långt som möjligt kombineras med psykosocialt stöd och långsiktig behandling. Samarbetet mellan infektionssjukvården och narkomanvården måste förstärkas.

Det finns starka motiv för särskilda vårdprogram inom narkomanvården som kan anpassas till de HIV-smittades särskilda behov av stöd och behandling.

11 Resursfrågan

Missbrukarvårdens resurser är totalt sett underdimensionerade. Delvis kan resursproblemet lösas genom förändrade arbetsmetoder och förändrad organisation. Socialtjänstens och sjukvårdens insatser för de tunga missbrukarna är i dag ofta oplanerade och dåligt samordnade. Sådan oplanerad och kortsiktig vård är inte bara ineffektiv utan också dyrbar.

Starka skäl talar däremot för resurstillskott dels till narkomanvården, dels till vården av den växande gruppen av socialt utslagna, yngre vuxna alkoholmissbrukare, som i dag sällan fångas upp av vården och ofta avbryter den vård som erbjuds.

Det nya systemet för statsbidrag till missbrukarvården, som började tillämpas år 1986, har snabbt lett till en kraftig minskning av antalet vårdplatser på offentligt drivna behandlingshem. Mycket tyder på att kvalificerade öppenvårdsalternativ inte har vuxit fram i samma takt som institutionerna avvecklats. Utvecklingen riskerar att gå ut över de tyngsta grupperna av missbrukare.

Enligt vår mening finns det skäl att överväga att gå över till ett statsbidragssystem, som innehåller starkare garantier för att de sämst ställda missbrukarnas vårdbehov blir tillgodosedda.

Tvångsvården i statistisk belysning

Tvångsvården av vuxna missbrukare minskade kraftigt i omfattning när LVM infördes år 1982, trots att LVM till skillnad från nykterhetsvårdslagen omfattar även narkotikamissbrukare. Därefter har antalet tvångsintagningar återigen ökat, men fortfarande (1986) är antalet personer som någon gång under året är intagna för tvångsvård mindre än hälften av vad det var år 1981, nykterhetsvårdslagens sista år.

Mer än hälften av anmälningarna om LVM-vård avskrivs av länsstyrelserna, dvs de resulterar inte i ansökan om vård hos länsrätten.

Många missbrukare återkommer för vård eller omedelbara omhändertaganden enligt LVM, ibland flera gånger under samma år.

Omkring en fjärdedel av vårdbesluten föregås av omedelbara omhändertaganden enligt 8 § LVM.

För majoriteten av de LVM-vårdade är alkohol det huvudsakliga missbruksmedlet. Antalet narkotika- och blandmissbrukare har dock ökat kraftigt sedan år 1982.

Majoriteten av klienterna är mellan 30 och 50 år gamla. Omkring 85 procent är män. Narkotikamissbrukarna är genomsnittligt betydligt yngre än alkoholmissbrukarna.

Den genomsnittliga vårdtiden enligt LVM var 73 dagar under år 1985. I omkring 30 procent av fallen fattas beslut om förlängning av vårdtiden enligt 16 § LVM.

Nästan hälften av LVM-klienterna avviker vid minst något tillfälle från LVM-hemmet. Närmare 30 procent av dem som avvek under år 1985 var borta från LVM-hemmet under 15 dagar eller mer. Narkotikamissbrukarna avviker från LVM-hemmen i högre utsträckning än alkoholmissbrukarna och har längre frånvarotid. Nästan 70 procent av narkotikamissbrukarna avvek från LVM-vården vid minst något tillfälle under år 1985.

LVM-vården inleddes med sjukhusvård i 28 procent av fallen under år 1985. Av narkotika- och blandmissbrukarna var det bara 19 procent som erhöll inledande sjukhusvård detta år.

Den möjlighet som LVM ger till försöksvis vård i annan form eller vistelse i det egna hemmet utnyttjas i ca 20 procent av fallen.

Omkring 30 procent av LVM-klienterna vistas under åtminstone någon del av vårdtiden på ett s k hem för särskilt noggrann tillsyn (§ 18-hem). För narkotikamissbrukarna är motsvarande andel drygt 60 procent.

Klienternas situation vid intagningen till LVM-hemmet är i allmänhet dålig. Flertalet saknar arbete, många är bostadslösa och de flesta försörjer sig genom socialbidrag eller förtidspension. Vid utskrivningen tenderar klienternas situation att ha förbättrats något. Som regel lämnar klienten LVM-hemmet i god fysisk och psykisk kondition. Prognosen på längre sikt är emellertid dålig, enligt olika uppföljningsstudier.

En reviderad tvångsvårdslag

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) har varit i kraft i drygt fem år. Lagen var när den tillkom en kompromiss som inte skulle ses som en definitiv lösning på frågan om tvångsvård av vuxna missbrukare. Vi har nu sett över lagen och funnit att den på en rad punkter behöver preciseras, ändras och kompletteras. Ändringarna är omfattande men inte av sådan karaktär att lagen i grunden har förändrats. Vi föreslår att en ny lag införs, men att den får samma namn som den gamla. Våra viktigaste överväganden och förslag när det gäller den nya lagens utformning kan sammanfattas i följande 12 punkter.

1 Lagens syfte

Vi har funnit att lagens nuvarande syfte bör ligga fast. Grundtanken att det främst är den enskildes behov av vård som skall vara avgörande är alltjämt bärande. Syftet med LVM är att motivera missbrukaren att frivilligt ta emot fortsatt behandling och stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Vi ser det som viktigt att syftet klart framgår av lagtexten och föreslår att LVM kompletteras med en bestämmelse härom. Vi föreslår också att förhållandet mellan socialtjänstlagen och LVM klargörs i lagens inledande bestämmelser. Den frivilliga vården ges enligt socialtjänstlagen. LVM är en kompletterande lag som närmare reglerar förutsättningarna för att avvika från den grundläggande frivillighetsprincipen i socialtjänstlagen.

2 Tidigare ingripanden

I den nuvarande lagen har förutsättningarna för tvångsvård preciserats så restriktivt, att lagen kan sägas ha fått en akutlagskaraktär. I praktiken kommer tvångsvård som regel bara i fråga i mycket sena stadier av missbruket och i situationer som kan beskrivas som akuta. Det innebär bl a att missbrukare i åldrarna strax över 20 år sällan kommer i fråga för LVM-vård. Det är i dessa åldrar som missbruket befästs och den sociala utslagningen fördjupas.

Det är enligt vår mening inte acceptabelt att utforma LVM så restriktivt att den överhuvud taget inte kan användas för att motverka ett fortsatt allvarligt missbruk bland vuxna, yngre missbrukare annat än i närmast extrema undantagsfall.

Vi anser inte heller att man generellt kan inskränka lagens användningsområde till helt akuta situationer i fråga om missbrukare i senare stadier av missbruket.

Vi föreslår att förutsättningarna för vård enligt LVM får ändrad lydelse i flera olika avseenden.

I nuvarande LVM anges att missbruket skall vara sådant att det föreligger ett trängande behov av vård för att komma ifrån det. Ordet trängande har i den praktiska tillämpningen kommit att uppfattas som ett krav på akut behov av avgiftning. En så snäv tillämpning var inte avsedd när LVM infördes. Ordet trängande överges därför, samtidigt som nuvarande 2 och 3 §§ skrivs ihop till ett lagrum. Därmed understryks sambandet mellan rekvisiten i bestämmelserna.

För att vård enligt LVM skall kunna beredas en missbrukare krävs bl a att han till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara. Det är de rent medicinska hälsoriskerna som avses. Genom den starka betoningen av detta i lagens förarbeten har LVM-ingripanden i stor utsträckning kommit att begränsas till fall där medicinskt påvisbara skador kunnat konstateras.

Enligt vår mening är det angeläget att kunna ingripa på ett tidigare stadium av missbruket. Vid bedömningen av om missbrukaren utsätter sin hälsa för en allvarlig fara är det inte möjligt att göra någon klar skillnad mellan skadeverkningar av social och av medicinsk natur. Avgörande bör i stället vara en helhetsbedömning av individens situation.

Personer, för vilka missbruket har kommit att spela en dominerande roll och som till följd av missbruket exempelvis har tappat sin anknytning till arbetsmarknaden och hamnat utanför normala sociala relationer, måste kunna beredas vård, även om hälsan i strikt medicinsk mening ännu inte kan anses allvarligt hotad. Vi föreslår att vård enligt LVM skall beredas den som — om övriga förutsättningar är uppfyllda — till följd av missbruket utsätter sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara eller allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt.

Den föreslagna ändringen kommer enligt vår mening att ha sin främsta betydelse när det gäller de unga missbrukarna. Många unga vuxna missbrukare är i dag på väg mot en livsföring där drogen är det centrala och där risken för kriminalitet, våld, ohälsa och förtidig död är starkt förhöjd. Om man i ett sådant fall klart ser risken, men inte kan förmå missbrukaren till frivillig vård, bör vård enligt LVM tillgripas.

3 Närståendeskyddet

Enligt de regler som nu gäller kan ett ingripande enligt LVM också ske om missbrukaren kan befaras komma att allvarligt skada någon närstående. Vi föreslår att detta rekvisit för ingripande skall finnas kvar. Våldsbrottsligheten i hemmen mot kvinnor och mot barn är hög. De möjligheter till straffrättsliga ingripanden som finns vid misshandel eller olaga hot kan inte ge tillräckligt skydd för de anhöriga. Skyddet enligt LVM föreligger redan vid fara för allvarlig skada. Straffrättsliga ingripanden förutsätter ett fullbordat brott eller ett åtalbart försök till brott.

Vi har övervägt om skyddet för närstående bör utsträckas till att omfatta även andra människor. En viktig skillnad mellan de närståendes och utomståendes situation är att våld mot anhöriga oftast sker i hemmen där hjälp utifrån sällan kan påräknas.

De utomstående befinner sig även i andra avseenden som regel i en avsevärt mindre utsatt situation i förhållande till missbrukaren än vad hans närmaste gör. Till skillnad från de anhöriga har den utomstående sällan någon spärr mot att ange gärningsmannen eller medverka under utredning och rättegång. Dessutom skulle en vidgning från den begränsade personkrets som missbrukarens familj utgör till alla i hans omgivning, innebära ett betydligt mera långtgående avsteg än närståendeskyddet från principen om LVM som en vårdlagstiftning.

Vi föreslår därför att LVM:s tillämpningsområde inte utvidgas till att omfatta även fall då någon till följd av missbruket kan befaras komma att allvarligt skada någon annan än sina närstående.

4 Samhällets skyldighet att ingripa

Enligt nuvarande bestämmelser *kan* missbrukaren beredas vård enligt LVM, om förutsättningarna för detta är uppfyllda. Vi föreslår i stället att tvångsvård *skall* beslutas, om förhållandena är så allvarliga som anges i bestämmelsen. Samhället har nämligen enligt vår mening en skyldighet att ingripa, om missbrukaren eller hans närstående befinner sig i så allvarlig fara som lagen anger och frivilliga insatser inte hjälper. Genom ordet *skall* markeras detta ansvar.

5 LVM och AIDS

I kampen mot AIDS är det ett centralt mål att förmå HIV-smittade missbrukare att upphöra med sitt missbruk. Genom att dela sprutor med andra sprider en smittad HIV-viruset vidare. Han kan dessutom sprida smittan genom att ha sexuellt umgänge med andra. Vi har övervägt frågan om det för omgivningens skydd mot intravenösa HIV-smittade missbrukare finns behov av att utvidga tillämpningsområdet för LVM. Som en särskild specialindikation för tvångsvård skulle då anges att någon till följd av sitt missbruk genom smitta av HIV-virus utsätter andras hälsa för allvarlig fara.

Vi har emellertid funnit att en sådan utvidgning inte är nödvändig eller lämplig. Hälsoriskerna för den enskilde missbrukaren är alltid så stora, när det är fråga om ett dagligt intravenöst missbruk, att LVM:s rekvisit

för vård på grund av fara för den egna hälsan är uppfyllt. Smittskyddet måste enligt vår mening primärt tillgodoses genom smittskyddslagen, som är en renodlad skyddslagstiftning, och inte genom LVM, som i allt väsentligt är en vårdlag.

6 Missbrukare av andra beroendeframkallande medel

Den nuvarande lagen är begränsad till missbruk av alkohol och narkotika. Vi har funnit att det finns ett inte obetydligt antal vuxna missbrukare av i första hand flyktiga lösningsmedel, för vilka insatser enligt socialtjänstlagen framstår som otillräckliga. Det har visat sig nödvändigt att införa en möjlighet i LVM att bereda vård åt denna grupp av ofta svårt skadade missbrukare. Vi föreslår därför att LVM utvidgas till att gälla missbruk av alkohol, narkotika eller annat liknande beroendeframkallande medel.

7 Vårdtiden

Att upphöra med ett tungt missbruk är en långsiktig process som inbegriper sättet att leva och förhålla sig till omvärlden. Så långtgående förändringar kan inte påtvingas missbrukaren; han eller hon måste själv välja dem. Vi avvisar därför tanken på att omgärda ett längre behandlingsprogram med tvång. Vårdtiden i LVM bör emellertid bestämmas med utgångspunkt i att en sådan förändringsprocess skall kunna inledas. Erfarenheten visar att detta i åtskilliga fall kräver längre vårdtider än vad lagen i dag ger möjlighet till.

Vi föreslår sex månader som en längsta vårdtid. Det bör inte som nu finnas någon möjlighet till förlängning av tiden. Mot möjligheten till förlängning talar främst erfarenheten att den enskilde ibland ser förlängningen som en bestraffning. Detta är till men för behandlingen.

Syftet är inte att generellt göra de faktiska vårdtiderna på LVM-hemmet längre. Strävan bör vara att vårdperioden på LVM-hemmet görs så kort som möjligt och att klienten, med stöd av lagen, slussas över till någon annan lämplig vårdform så snart det finns förutsättningar för detta. I en del fall kan det vara lämpligt att den intagne förs över till vård utanför LVM-hemmet omedelbart efter avgiftningen. Den återstående vårdtiden enligt LVM syftar till att säkerställa att han eller hon fullföljer den inledande fasen av detta program, vilket kan antas bidra till att klienten därefter fortsätter behandlingen i frivilliga former.

Redan den nuvarande lagen ger en möjlighet att under vårdtiden pröva vård i annan form. Den möjligheten utnyttjas emellertid i relativt få fall. Det viktigaste skälet till att detta inte förekommer oftare är att vårdtiden bedöms vara för kort för att medge såväl vård på LVM-hemmet som vård i annan form. Beredningens förslag i fråga om vårdtiderna syftar bl a till att utvidga möjligheterna till en smidig övergång från LVM-hemsvistelsen till vård i öppnare former.

Den vårdform som den intagne förs över till under LVM-tiden måste väljas utifrån den enskildes behov och förutsättningar och i samverkan med honom. Flertalet av de LVM-vårdade är alkoholmissbrukare i ål-

dern 30 år eller äldre. De flesta av dem bör efter någon eller några månader på LVM-hemmet kunna föras över till väl planerade insatser i öppen vård. För narkotikamissbrukarna och många av de yngre alkoholmissbrukarna, för vilka det är realistiskt att arbeta med högre rehabiliteringsmål, bör utslussningen i många fall kunna ske till kollektiv, andra behandlingshem eller familjevård för vuxna.

När det gäller beräkningen av vårdtiden föreslår vi att tid under vilken missbrukaren är avviken från LVM-hemmet eller vistas på kriminalvårdsanstalt eller i häkte inte skall få inräknas i vårdtiden.

Det bör understrykas att den nya vårdtiden, sex månader, är den maximala tiden. Som hittills skall LVM-vården upphöra så snart syftet med vården har uppnåtts.

8 Ansökan om vård och utredning

Vi anser att länsstyrelsen, i ärenden om vård enligt LVM, även i fortsättningen bör ansvara för utredning och ansökan till länsrätten. Av rättssäkerhetsskäl är det bättre att någon annan än socialnämnden bedömer när möjligheterna att vidta frivilliga åtgärder är uttömda. Socialnämndernas olika utgångspunkter och prioriteringar kan leda till stora lokala skillnader i bedömningen av vilka ärenden som bör föras till domstol. Man måste slå vakt om enhetlighet när det som här gäller tvångsåtgärder. Det är också viktigt att anmälningar om behov av LVM-vård från polis, läkare och andra myndigheter som kommer i kontakt med missbrukare kontrolleras av en utomstående myndighet.

Vi har emellertid funnit att socialnämnderna bör spela en aktivare roll under utredningen än för närvarande. I LVM-ärenden åligger det redan i dag enligt 11 § och 50 § socialtjänstlagen socialnämnden att göra en egen utredning. Det är därför enligt vår mening naturligt att socialnämnden även utför den egentliga LVM-utredningen på länsstyrelsens uppdrag. Härigenom ökar också möjligheten för socialnämnden att tidigt etablera en kontakt med missbrukaren för att kunna planera och genomföra egna insatser för honom.

Vi föreslår alltså att ansvaret för utredning och ansökan skall ligga kvar hos länsstyrelsen. Själva utredningsarbetet, dvs insamlandet av faktaunderlaget, skall göras av socialnämnden.

9 Omedelbara omhändertaganden

En missbrukare får omhändertas omedelbart om det är sannolikt att han kan beredas vård enligt LVM och rättens beslut om vård inte kan avvaktas. Det är polismyndigheten som fattar sådana beslut.

Det har visat sig att också socialnämnden ofta kommer i kontakt med missbrukare som behöver tas om hand omedelbart. Anhöriga till missbrukare vänder sig inte sällan till socialnämnden för att anmäla att en missbrukare har ett akut behov av hjälp. Med nuvarande regler måste socialnämnden hänvisa dem till polisen. Det har emellertid visat sig, att många anhöriga drar sig för att anlita polisen i dessa lägen.

Ett annat problem med nuvarande beslutsordning är att socialnämn-

den ofta bistår polisen med uppgifter om missbrukaren, i syfte att förmå polismyndigheten att fatta beslut om ett omedelbart omhändertagande. Detta uppgiftslämnande är inte förenligt med sekretesslagens regler och kan därför inte accepteras.

Av dessa skäl föreslår vi att socialnämnden, vid sidan av polisen, skall ges rätt att besluta om omedelbara omhändertaganden.

10 Socialnämndens ansvar för LVM-klienterna

Målet är att LVM-vården skall ge förutsättningar för missbrukaren att fullfölja ett långsiktigt behandlingsprogram. För att skapa sådana förutsättningar har vi, som framgått, bl a föreslagit att vårdtiden förlängs till högst sex månader. Denna vårdtid skall kunna utnyttjas inte bara för vård på LVM-hemmet utan även för att pröva behandling i andra vårdformer, som t ex enskilt eller kommunalt drivna behandlingshem, familjehem eller olika typer av behandlingsprogram i öppen vård. Föreståndaren för ett LVM-hem skall så snart det är möjligt besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Vi föreslår att det uttryckligen slås fast i lagen att socialnämnden skall se till att sådan vård ordnas. Det innebär att socialnämnderna blir skyldiga att erbjuda institutionernas klienter för dem lämpliga alternativa vårdformer.

För att vård i annan form skall komma till stånd anser vi att LVM-hemmens politiskt valda styrelser bör få till uppgift att särskilt bevaka frågan. Vi föreslår därför att föreståndaren åläggs att anmäla till styrelsen om en intagen vistats på ett LVM-hem i tre månader utan att vård i annan form prövats. Föreståndaren skall ange orsaken till att det inte skett. Styrelsen får genom denna insyn möjlighet att påverka såväl föreståndaren som socialnämnderna att arbeta mer aktivt för att vård i annan form skall komma till stånd.

Eftervården och utslussningen i samhället av de intagna är ofta avgörande för vårdens resultat. Vi föreslår därför att socialnämndens ansvar för detta lyfts fram och slås fast. Enligt vår mening bör det särskilt föreskrivas i lagen att socialnämnden aktivt skall verka för att den enskilde efter vårdtiden på LVM-hemmet får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han får personligt stöd eller behandling för att komma ifrån missbruket.

Vi föreslår också att socialnämnden mer aktivt skall planera den fortsatta vården av missbrukaren. Redan under utredningstiden bör en kontaktman utses för missbrukaren. Denne bör göra upp en plan för vården och bistå missbrukaren med kontakter med andra vårdgivare. När det blir aktuellt med vård i annan form måste en plan upprättas för denna vård. Också här har kontaktmannen en viktig uppgift.

11 Inledande sjukhusvård

Vård enligt LVM bör i allmänhet inledas med vård på sjukhus. Våra undersökningar visar emellertid att vården inletts på sjukhus i betydligt mindre utsträckning än vad som förväntades vid LVM:s tillkomst. På

vissa håll, framför allt i Stockholm, är det endast i undantagsfall en missbrukare får sjukhusvård. Anledningen till detta är i första hand att man saknar rätt att hålla kvar missbrukaren på ett sjukhus och att missbrukarna i mycket stor utsträckning avviker från sjukhusvården.

Vi anser att principen om frivillighet i hälso- och sjukvården är så viktig att den inte bör frångås av det skälet att en missbrukare kan befaras avvika. Vi är således inte beredda att föreslå att en LVM-patient skall kunna behandlas mot sin vilja på ett sjukhus eller kvarhållas på sjukhuset i behandlingssyfte.

Däremot måste det införas regler som säkerställer att han, om han vill lämna sjukhuset, i stället omedelbart förs över till det LVM-hem där han är intagen. Det är enligt vår mening självklart att han inte kan tillåtas avvika från LVM-vården. Vi föreslår därför att det införs en skyldighet för överläkaren vid den sjukhusenhet där patienten vårdas att se till att socialnämnden eller LVM-hemmet genast underrättas om en missbrukare önskar lämna sjukhuset. Överläkaren får besluta att missbrukaren skall hindras att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att säkerställa att han kan föras över till LVM-hemmet.

12 Vårdinstitutioner med enskild huvudman

Vi föreslår att LVM-vården även i fortsättningen skall lämnas genom hem som drivs av landstingskommuner eller kommuner. Ansvaret för vården och tvångsbefogenheterna skall således förbehållas offentligt drivna hem. Såväl principiella skäl som behandlingsmotiv talar för en sådan ordning. Enskilt drivna hem kommer emellertid att kunna spela en större roll inom LVM-vården än hittills genom vårt förslag att utvidga möjligheterna till vård utanför LVM-hemmet under vårdtiden.

LVM-vårdens innehåll

Tvångsvård av vuxna missbrukare är en utomordentligt svår behandlaruppgift, särskilt om ambitionerna sträcker sig längre än till att avvärja en akut kris. Ju högre rehabiliteringsmålen sätts, desto svårare är uppgiften.

Den kraftiga ökningen av antalet narkotikamissbrukare som erhåller tvångsvård ställer vårdområdet inför svårbemästrade problem. Narkotikamissbrukarnas motstånd mot behandlingen är ofta massivt. Den växande gruppen av yngre, tunga alkoholmissbrukare har en problembild som i viktiga avseenden påminner om narkotikamissbrukarnas.

För båda dessa grupper är det med hänsyn till deras ålder och de risker som ett fortsatt tungt missbruk för med sig rimligt att arbeta med förhållandevis höga rehabiliteringsmål. Detta kräver en ny typ av kvalificerad tvångsvård som i dag i stort sett saknas.

Frånsett de särskilda LVM-hem för narkotikamissbrukare som under det senaste året tillskapats i Stockholm och Malmö, har vi ännu ingen erfarenhet av den typ av tvångsvård det här är fråga om. De största problemen när denna vårdsektor skall byggas ut kommer sannolikt att gälla personalrekryteringen. Stora insatser måste därför göras för att höja vårdområdets status. Härvid spelar åtgärder som stimulerar kun-

skaps- och metodutvecklingen inom vårdsektorn en viktig roll. Därutöver krävs att löner och övriga anställningsvillkor för personalen förbättras väsentligt.

Den i och för sig naturliga uppmärksamheten på de nya svårigheter som narkotikamissbrukarna ställer tvångsvården inför får inte leda till att den del av LVM-vården, som fortfarande är den helt dominerande, nämligen vården av de äldre alkoholmissbrukarna, kommer i skymundan. Även den delen av tvångsvården är i behov av utveckling och förändring i flera avseenden. Det gäller såväl själva institutionsvården som uppföljningen i öppenvården.

Det finns inget fog för påståendet att LVM-vård måste vara en dålig och passiv vård. Tvångsvården har av tradition låg status inom missbrukarvården. Men det finns också exempel på tvångsvård med hög status. Tvångsvården av unga missbrukare kännetecknades länge av en pessimism som i allt väsentligt liknar den som i dag ibland präglar tvångsvården av vuxna. Under 1970-talet ställdes mycket av detta på huvudet genom framväxten av de s k Hasselakollektiven. De nya behandlingskollektiven visade att det som många tidigare hade trott vara omöjligt var möjligt; det går att ge tvångsvård ett kvalificerat innehåll.

LVM-vårdens resurser

Antalet tvångsvårdsplatser för vuxna missbrukare har reducerats kraftigt under senare år. Under perioden 1982—1987 har antalet platser minskat med omkring en fjärdedel.

Under samma period har antalet intagningar enligt LVM ökat snabbt.

Minskningen av resurserna för LVM-vård har medfört att de tillgängliga vårdplatserna nu är för få i förhållande till behoven. Bristen är särskilt påtaglig för narkotikamissbrukarnas del. Därtill kommer att behovet av platser vid hem för särskilt noggrann tillsyn klart överstiger de tillgängliga resurserna för sådan vård för såväl alkohol- som narkotikamissbrukarna. I vissa avseenden måste läget beskrivas som akut ohållbart. Situationen innebär att den beslutade LVM-vården i många fall aldrig kommer till stånd eller, i andra fall, att ingen tar initiativ till LVM-vård, trots att sådan vård framstår som starkt motiverad, eftersom adekvata vårdresurser inte finns att tillgå.

Vi föreslår att en särskild ledningsgrupp tillsätts med uppdrag att skyndsamt inventera behoven av tillkommande LVM-resurser i de olika länen och att utarbeta en plan för hur den erforderliga utbyggnaden kan genomföras. I gruppen bör ingå företrädare för socialstyrelsen och de båda kommunförbunden.

Vi anser att särskilda statliga medel för att utveckla LVM-vården, som komplement till det statsbidrag som nu utgår till missbrukarvård m m, är motiverade bl a med hänsyn till den extraordinära situation som HIV-epidemin har skapat. Ett sådant kompletterande statsbidrag bör vara inriktat på att stödja tillkomsten av kvalificerade LVM-resurser avsedda i första hand för narkotikamissbrukarna.

Staten bör genom det särskilda bidraget bl a finansiera en viss del av kostnaderna för driften av dessa institutioner.

Bidraget bör emellertid utgå inte bara till LVM-hemmen utan också till den del av LVM-vården som skall äga rum utanför LVM-institutionen. Medlen, som bör utgå i form av projektbidrag, bör fördelas av den ovan nämnda ledningsgruppen. Till ledningsgruppen bör knytas en grupp av särskilt erfarna och kvalificerade behandlare, som bl a kan fungera som konsulter åt de lokala projekten.

Vi understryker att ett ställningstagande till frågan om förstärkta resurser för LVM-vård bör ske med förtur.

Ekonomiska konsekvenser av förslagen

Inte bara våra förslag till ändringar i LVM utan i ännu högre grad utvecklingen på missbruksområdet, med spridningen av HIV-smittan bland narkotikamissbrukarna som ett särskilt allvarligt inslag, kommer att framtvinga betydande ökningar av samhällets kostnader för missbrukarvården, främst narkomanvården.

Det är inte meningsfullt att närmare försöka beräkna dessa kostnader. Det är inte heller möjligt att visa hur förslagen kan finansiseras i form av omprövning av pågående verksamhet inom utredningsområdet.

Det är däremot helt klart att uteblivna eller onödigt sena insatser på sikt kommer att medföra utomordentliga kostnader för samhället. De ökade kostnader för stat och kommun som en upprustning av narkomanvården för med sig, måste jämföras med de framtida besparingar för samhället som en begränsning av HIV-epidemin innebär.

I Bakgrund

1 Missbrukets utbredning

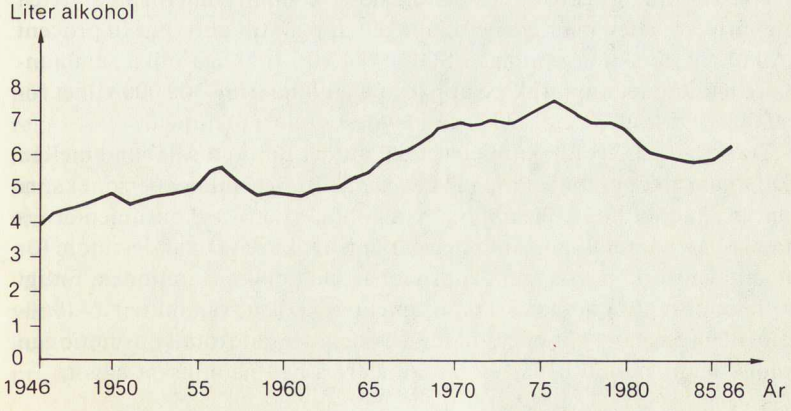
1.1 Alkoholmissbruket

Alkoholkonsumtionen uppvisar stora förändringar över tid. Efter en lång period av nedgång från 1800-talets senare del till 1930-talet ökade konsumtionen fram till år 1976. Dessa svängningar i konsumtionen är ingen isolerad svensk företeelse utan samma mönster återkommer i en lång rad andra länder. Alkoholkonsumtionen i Sverige är, internationellt sett, inte särskilt hög. I en översikt över konsumtionen per invånare i 35 länder år 1984 hamnade Sverige på 30:e plats.

Förändringarna av konsumtionen under perioden 1946—1986 visas i figur 1:1. Figuren bygger på försäljningsstatistik, varför den inte anger den totala konsumtionen. Till den redovisade mängden skall nämligen läggas den s k oregistrerade konsumtionen (hembrända spritdrycker, snabbviner, s k turistsprit m m). Storleken av den icke-statistikförda konsumtionen är okänd men anses ha en betydande omfattning. Enligt vissa uppskattningar uppgår den till 20—30 procent av den registrerade. Den icke-statistikförda konsumtionen har med stor sannolikhet ökat i omfattning under senare år.

Försäljningsstatistiken brukar trots dessa svagheter användas som ett någorlunda tillförlitligt mått på hur konsumtionen förändras. I figuren redovisas konsumtionen omräknad till antal liter hundraprocentig alkohol per invånare 15 år och däröver.

Figur 1:1 Alkoholkonsumtionens utveckling 1946—1986, liter 100 procent alkohol per invånare 15 år och däröver



Under de tre första efterkrigsdecennierna — fram till år 1976 — fördubblades i det närmaste den genomsnittliga alkoholkonsumtionen. Efter en relativt kraftig nedgång under åren 1977—1984, har konsumtionen på nytt gått upp under de två senaste åren.

Under efterkrigstiden har det också skett kraftiga förändringar i konsumtionsmönstren. Starkspriten har förlorat sin tidigare ställning som helt dominerande alkoholdryck till följd av en kraftig ökning av vin- och ölkonsumtionen. Andelen alkoholkonsumenter i befolkningen har ökat sedan mitten av 1960-talet, främst bland kvinnorna. Mellan åren 1968 och 1980 ökade andelen alkoholkonsumenter bland kvinnorna med 10 procentenheter. Männen har en ungefär dubbelt så hög alkoholkonsumtion som kvinnorna men skillnaden är mindre än tidigare. År 1968 svarade kvinnorna för ca 20 procent av konsumtionen, mot ca 30 procent år 1980.

Enligt olika undersökningar har alkoholkonsumtionen bland ungdomar minskat sedan senare delen av 1970-talet. Under de två senaste åren har emellertid en viss ökning av alkoholkonsumtionen i ungdomsgrupperna åter kunnat konstateras.

Av dem som dricker alkohol svarar en liten grupp för en stor del av konsumtionen. Tio procent av männen svarar för 40 procent av männens samlade konsumtion. Bland kvinnorna svarar tio procent för omkring 50 procent av kvinnornas konsumtion.

Att ange hur många som riskerar skador till följd av storkonsumtion av alkohol är förenat med betydande svårigheter. Enligt vissa bedömningar uppstår medicinska skador vid en genomsnittlig konsumtion under längre tid av mer än 70 gram alkohol per dag. Detta innebär en konsumtion som motsvarar 20 cl starksprit eller 70 cl lättvin varje dag. Antalet personer med en så omfattande konsumtion brukar uppskattas till omkring 250 000 (Ågren 1982). Andra forskare har emellertid gjort bedömningen att gränsen 70 gram alkohol per dag är alltför högt satt. Dessa hävdar att redan en långvarig konsumtion av 40 gram alkohol per dag innebär ökade risker för bl a levercirrhos.

I en uppmärksammad undersökning, den s k Lundby-undersökningen, kartlades alkoholvanorna hos befolkningen i ett mindre samhälle (Hagnell, Tunving 1971, Öjesjö 1983). Man fann att drygt 10 procent av den manliga befolkningen hade mer eller mindre grava alkoholproblem.

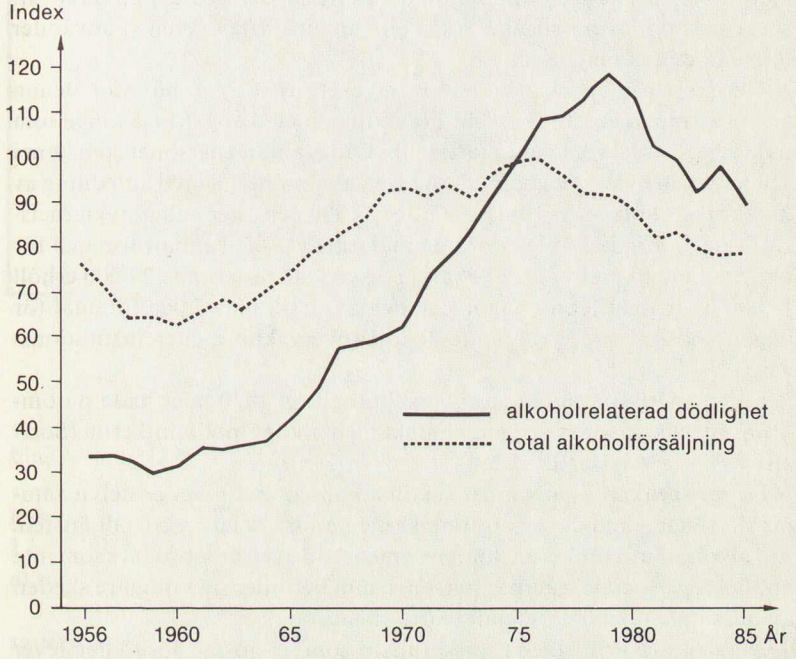
Även andra, tidigare undersökningar har kommit fram till att andelen missbrukare i den manliga befolkningen uppgår till omkring 10 procent (Alkoholpolitiska utredningen SOU 1974:90). I många olika sammanhang har antalet missbrukare uppskattats till omkring 300 000 vilket förefaller vara rimligt mot bakgrund av dessa undersökningar.

De senaste årens forskning har visat att det finns ett samband mellan den totala alkoholkonsumtionen i ett samhälle och antalet personer som har en skadligt hög konsumtion av alkohol, så att storkonsumenternas antal ökar, när totalkonsumtionen går upp. Olika data talar dessutom för att antalet storkonsumenter ökar snabbare än totalkonsumtionen. Enligt detta mönster bör antalet storkonsumenter ha ökat från mitten av 1960-talet till mitten av 1970-talet, till följd av den stegrade totalkonsumtionen under denna period. Därefter bör antalet på nytt ha minskat något.

Ser man på vissa indikatorer på alkoholskador är det också möjligt att urskilja en sådan tendens. Alkoholrelaterad sjukvårdskonsumtion förefaller sålunda att, efter en tidigare ökning, åter ha minskat under de senaste åren. Minskningen är kraftigast för ungdomar och starkare för män än för kvinnor (Romelsjö 1987).

Antalet alkoholrelaterade dödsfall uppvisar också ett samband med totalkonsumtionen — med omkring tre års eftersläpning. I figur 1:2 visas utvecklingen av alkoholrelaterade dödsfall (ett sammanfattat mått av diagnoserna levercirrhos + alkoholism + alkoholförgiftning + alkoholpsykos) och den totala alkoholförsäljningen under perioden 1956—1985.

Figur 1:2 Alkoholrelaterade dödsfall och total alkoholförsäljning åren 1956—1985



Index 1975 = 100

Källa: CAN, Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige, nr 2 1987.

Minskningen av den alkoholrelaterade dödligheten beror framför allt på en minskning av antalet dödsfall i levercirrhos. För de övriga alkoholrelaterade diagnoserna har antalet dödsfall fortsatt att stiga. Det är främst de tunga missbrukarna som får dessa diagnoser. Detta kan tolkas som att de mest utslagna missbrukarna inte har påverkats av minskningen av totalkonsumtionen (se vidare kapitel 5).

Den stora gruppen missbrukare eller storkonsumenter av alkohol är "dolda", dvs de kommer sällan i kontakt med den särskilda missbrukarvården eller med socialtjänsten överhuvud taget. När den höga alkoholkonsumtionen medför problem tar de ibland kontakt med sjukvården, primärvården eller akutvården, för att få hjälp med att lindra missbru-

kets negativa fysiska konsekvenser. Många söker inte heller sjukvårdens hjälp. I den mån dessa missbrukare erhåller hjälp eller stöd, är det oftast i stället från familjen eller från vänner och arbetskamrater.

Konsumtionen bland dessa dolda storkonsumenter ändrar sig ofta i samband med förändringar i levnadssituationen. Bruk kan övergå till missbruk vid sociala kriser av olika slag och missbruket kan upphöra i samband med positiva förändringar i livssituationen. Bland dessa missbrukare kan man räkna med att spontanläkningen är förhållandevis stor. Enligt vissa uppskattningar upphör ca 20 procent i denna grupp med missbruket inom loppet av ett år (Åberg 1984, Rönnberg 1986).

De alkoholmissbrukare som kommer i kontakt med socialtjänsten är en grupp som i regel förenar ett allvarligt missbruk med en socialt utsatt situation. En stor del av dem har helt förlorat sin sociala förankring. När man talar om "tunga" alkoholmissbrukare är det den grupp som fått sociala skador av missbruket som i allmänhet åsyftas. Även vi använder termen i denna betydelse.

Det är inte möjligt att annat än mycket grovt ange hur stor denna grupp av tunga missbrukare är. Fram till och med år 1981 (så länge som nykterhetsvårdslagen var i kraft) redovisades antalet personer som kom i kontakt med nykterhetsnämnderna/socialnämnderna med anledning av missbruksproblem. År 1981 anmäldes 53 000 personer enligt nykterhetsvårdslagen. Av dessa blev dock en majoritet (33 000) enbart föremål för undersökning varefter ärendet avskrevs. Av de resterande 20 000 erhöll 13 000 hjälpåtgärder av något slag och av dessa blev 7 000 föremål för någon form av mer tvingande åtgärd (övervakning eller institutionsvård).

Enligt en riksomfattande undersökning från 1970-talet hade då omkring 50 000 personer årligen kontakt med alkoholpoliklinikerna (Socialstyrelsen redovisar 1974:39).

De missbrukare som vänder sig till alkoholpolikliniker är delvis samma personer som också har kontakt med andra delar av socialtjänsten. Till alkoholpoliklinikerna kommer emellertid även missbrukare som inte är kända på socialbyråerna; personer som befinner sig i tidigare skeden av missbruket och i en socialt bättre situation.

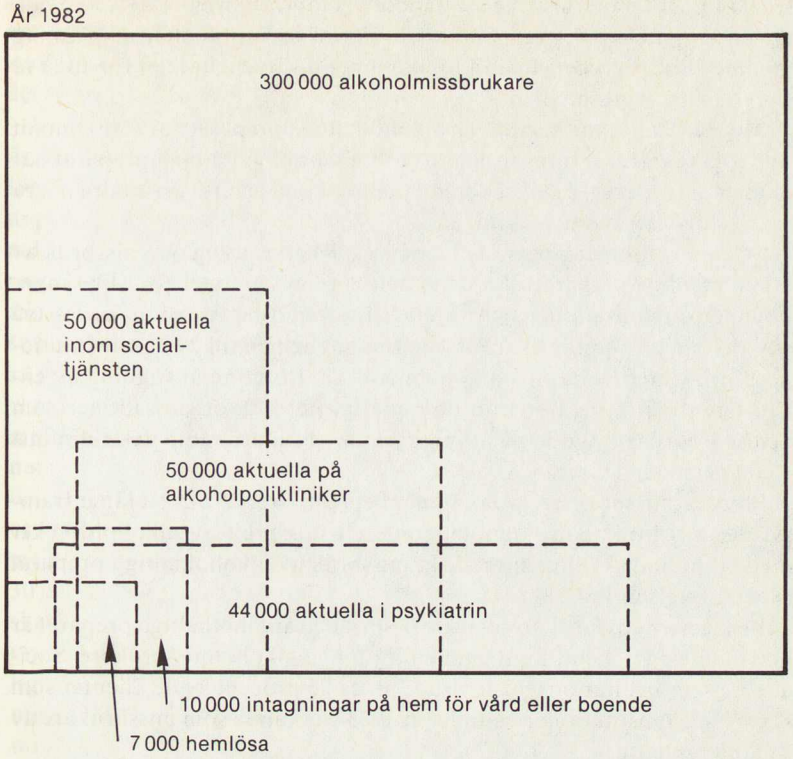
Antalet socialt utslagna missbrukare som är bostadslösa eller lever som hemlösa kan uppskattas till mellan 7000 och 10 000 personer.

En illustration av missbruksproblemens omfattning och vårdens kontakter med missbrukarna ges i figur 1:3 (efter Löfgren, Nelson-Löfgren 1980).

Totalt kan antalet tunga missbrukare grovt uppskattas till mellan 50 000 och 100 000 personer.

Det är omöjligt att med utgångspunkt från den tillgängliga statistiken dra några bestämda slutsatser om förändringar av antalet tunga missbrukare under de senaste decennierna. Det är emellertid troligt att gruppen har ökat i samband med konsumtionsökningen. Statistiken över alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet talar för detta, liksom uppgifter från olika typer av vårdenheter. Inom psykiatrin har t ex inslaget av alkoholmissbrukare ökat påtagligt under de senaste decennierna (jämför kapitel 4).

Figur 1:3 Alkoholmissbrukarnas kontakt med olika delar av vårdsystemet



Det kan även konstateras att antalet kvinnor och antalet yngre har ökat bland de tunga missbrukarna.

År 1974 var knappt 6 procent av de intagna på allmänna vårdanstalter kvinnor. År 1985 var drygt 20 procent av de institutionsvårdade kvinnor. I Stockholm är omkring en fjärdedel av de tunga missbrukare som är aktuella inom socialtjänsten kvinnor.

Inslaget av yngre bland de tunga missbrukarna har också stigit enligt samstämmiga uppgifter från vårdenheterna. Av de institutionsvårdade var år 1985 18 procent under 30 år.

Missbruk av teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat

En särskilt utsatt grupp utgörs av de missbrukare som förtär teknisk sprit och s k alkoholhaltiga preparat. Det rör sig framför allt om produkter som baseras på sprit (etanol, etylalkohol) och omfattas av reglerna i lagen (1981:181) om försäljning av teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat.

De preparat som förekommer i missbrukssammanhang är bl a bränn-vätskor, karburatorskydd och andra bilvårdsmedel, rengöringsmedel och hårvatten. Det vanligaste missbruksmedlet är "T-röd".

Alkoholhaltiga preparat innehåller som regel flera denatureringsmedel, dvs ämnen som tillsatts för att förhindra missbruk. Denatureringen medför att preparaten ges en avskräckande lukt och smak. Den får där-

emot inte göra varan direkt hälsovådlig vid den förtäring som trots allt förekommer och får inte heller onödigtvis försvåra preparatets avsedda användning. De preparat som missbrukas förtärs ofta efter utspädning med t ex läskedrycker. Ibland förekommer det även att man försöker ta bort denatureringsmedlen.

Missbruk av teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat har förekommit under lång tid. Det finns tecken på att missbruk av sådana preparat har ökat under senare tid i vissa kommuner även om det är svårt att dra några säkra slutsatser om utvecklingen.

Socialstyrelsen arrangerade i januari 1984 ett rådslag om missbruk av alkoholhaltiga preparat. Vid detta deltog representanter för olika myndigheter, organisationer och företag. Inför rådslaget genomfördes två enkäter; en till samtliga socialförvaltningar och en till 29 vårdinstitutioner för klienter med tungt alkoholmissbruk. En sammanvägning av enkätsvaren och uppgifter från de myndigheter och organisationer som deltog i rådslaget tydde på att preparatmissbrukarna uppgick till minst 4 000 personer.

Preparatmissbrukarna var i allmänhet män över 25 år i ett långt framskridet missbruk, som kompletterade ett missbruk av alkoholdrycker med ett periodiskt eller sporadiskt missbruk av alkoholhaltiga preparat (Socialstyrelsen PM 78/84).

Inslaget av missbrukare av teknisk sprit och alkoholhaltiga preparat är betydande på behandlingshemmen för tunga alkoholmissbrukare. Socialstyrelsens institutionsenkät visade att ca 25 procent av de klienter som skrevs in på institutionerna under år 1983 var kända som missbrukare av sådana preparat.

Socialstyrelsen har därefter genomfört ytterligare en kommunenkät som avsåg förhållandena våren 1985. Slutsatsen av enkäten är enligt styrelsen att missbrukets omfattning var ungefär densamma som vid det föregående undersökningstillfället. Beredningen har från socialstyrelsen inhämtat att en ny kommunenkät kommer att genomföras under år 1987.

1.2 Narkotikamissbruket

Narkotikamissbruket utvecklades snabbt i Sverige under senare delen av 1960-talet och början av 1970-talet. Olika indikatorer talar för att det därefter skedde en stabilisering av situationen.

Åren runt 1965 ses som en vändpunkt för det svenska narkotikamissbrukets utveckling. Missbruket hade nu fått en sådan spridning att det alltmer började framstå som ett allvarligt socialt problem. Cannabismissbruket spreds i ungdomsgrupperna, till stor del genom inflytande av den s k hippierörelsen. Centralstimulantia började användas i större omfattning i första hand inom kriminella grupper. En viss ökning av opiat- och LSD-missbruk kunde också skönjas. Opiatmissbruket dominerades vid denna tidpunkt av rökning av råopium.

Under 1970-talet spred sig opiatmissbruket i Stockholm och Malmö. Under de första åren rörde det sig om morfin eller morfinbas och under senare delen av 1970-talet om heroin. Det var först efter heroinets intro-

duktion som opiatmissbruket tog fart på allvar. Härigenom fick Sverige samma typ av missbruk som övriga Västeuropa. Det för Sverige speciella missbruksmönstret med injektion av centralstimulantia fortsatte dock att vara det dominerande injektionsmissbruket. Cannabis fortsatte att vara det ledande missbrukspreparatet.

Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO) genomförde år 1979 en kartläggning av narkotikamissbrukets omfattning (Ds S 1980:5). Med narkotika avsågs i undersökningen de medel som finns upptagna i socialstyrelsens narkotikaförteckningar. Här ingår bl a cannabis, centralstimulantia, opiater, hallucinogener samt vissa sömn- och rogivande medel (t ex nembutal och valium). Med narkotikamissbruk avsågs allt icke-medicinskt bruk av narkotika. Personer som använt sömn- och rogivande medel skulle rapporteras endast om de använt dessa i berusningssyfte.

Enligt utredningens bedömningar uppgick det totala antalet personer med ett tungt narkotikamissbruk till mellan 10 000 och 14 000. Med tungt narkotikamissbruk avser utredningen allt injektionsmissbruk och allt dagligt eller så gott som dagligt missbruk. Det dominerande medlet var centralstimulantia. Omkring 80 procent av det totala antalet personer med tungt missbruk använde centralstimulantia. Opiater användes av ca 30 procent. De tre storstadsområdena svarade för 60 procent av det uppskattade antalet tunga narkotikamissbrukare (tabell 1:1). Utredningen visade att missbruk av flera preparat hos en och samma person var vanligt. Inslaget av cannabis var t ex påtagligt för samtliga grupper av tunga missbrukare. Alkoholmissbruk förekom hos en majoritet av narkotikamissbrukarna.

Tabell 1:1 Antalet tunga narkotikamissbrukare enligt UNO

	Totalt tungt narkotika-missbruk	Därav injektionsmiss-bruk	Därav dagligt injektions-missbruk
Hela landet	10 000—14 000	7 500—10 000	1 500—2 000
Storstockholm	3 000— 4 500	2 700— 3 700	650— 900
Stormalmö-Lund	1 400— 2 000	1 000— 1 600	350— 450
Storgöteborg	1 400— 2 000	1 000— 1 400	200— 300

Några år senare genomförde Stockholms socialförvaltning en liknande undersökning i Storstockholms-området. Den bygger på uppgifter från november—december 1984. Enligt de bedömningar som görs i undersökningen uppgick antalet personer med ett tungt missbruk till mellan 3 000—5 000 (jämför UNO:s 3 000—4 500). Inga uppskattningar av injektionsmissbrukets omfattning har hittills gjorts på detta material.

Ovanstående likheter i bedömningarna av det tunga missbrukets omfattning 1979 respektive 1984 - och andra tillgängliga data — gör det rimligt att utgå från att det inte har skett några markanta förändringar i fråga om det tunga narkotikamissbruket — även om det sannolikt ligger på en något högre nivå nu, än vad det gjorde enligt kartläggningen år 1979 (CAN nr 1 1986). Heroinmissbruket är nu, precis som tidigare, kon-

centrerat till Stockholms- och Malmö-Lund-områdena. Cannabis och amfetamin förekommer i hela landet.

Det finns däremot tecken på att det tunga missbruket ändrat karaktär under 1980-talet. Det dominerande missbruksmedlet har under hela perioden varit centralstimulantia, främst amfetamin. Heroinmissbruket har varit på tillbakagång, troligen främst till följd av att nyrekryteringen bland unga varit liten.

Cannabis är fortfarande det vanligast förekommande missbruksmedlet. Enligt de undersökningar som regelbundet görs av skolungdomars och värnpliktigas erfarenheter av narkotika är det färre ungdomar i dag som någon gång har prövat narkotika (i huvudsak cannabis) än i början av 1970-talet. Samtidigt tyder mycket på att det i dag finns ett växande missbruk, främst av cannabis, bland socialt väletablerade vuxna. Detta missbruk, som ibland beskrivs som "rekreationellt" kan varken betecknas som tillfälligt eller tungt. Under det senaste året har dessutom olika myndigheter rapporterat om ett ökat missbruk av amfetamin såväl i den gruppen som bland ungdomar. Missbruket sker i första hand oralt, dvs genom munnen, och kombineras oftast med missbruk av alkohol eller cannabis.

Omfattningen av missbruk av narkotikaklassade receptbelagda läkemedel är på det hela taget okänd.

Sedan år 1965 kan man följa totalförsäljningen av lugnande medel och sömnmedel. Mellan åren 1965 och 1970 ökade försäljningen med 40 procent per invånare. Efter år 1970 har ökningen avstannat och även minskat något. Minskningen gäller bara lugnande medel medan sömnmedelsförsäljningen ligger tämligen konstant (CAN nr 12 1987).

Man brukar räkna med att mellan 15 och 20 procent av befolkningen årligen ordineras sömn- eller lugnande medel. Andelen regelbundna konsumenter uppgår till mellan 1 och 2 procent. I SCB:s levnadsnivåundersökning har frågor ställts om bruk av sömnmedel och lugnande medel. Det visade sig då att 6,5 procent använt sömnmedel någon gång under den senaste fjortondagarsperioden. Nästan lika många hade någon gång använt lugnande medel. Under samma period hade 2,5 procent tagit sömnmedel och 2,7 procent tagit lugnande medel regelbundet. Kvinnor använder sömn- och lugnande medel i större utsträckning än män. Inte heller detta säger något om missbruk av läkemedel, vilket är en diagnos som i regel först ställs när någon kommer in på psykiatrisk klinik ofta på grund av abstinensbesvär, självmordförsök eller liknande. Vid en inventering i slutet av 1970-talet fann socialstyrelsen att 100 av 25 000 inneliggande patienter inom psykiatrin hade fått diagnosen läkemedelsmissbruk.

En avsevärd svårighet i sammanhanget är också att skilja missbruk av läkemedel från beroende. Om med missbruk förstås icke-medicinskt motiverad användning, är det ett avsevärt mindre problem än beroende av läkemedel. Beroende kännetecknas av dos- och toleransökning, abstinens, psykiskt beroende och begär.

Läkemedelsmissbruk förekommer ofta parallellt med missbruk av såväl narkotika som alkohol.

1.3 Övrigt missbruk

1.3.1 Sniffning

Sniffning har sannolikt förekommit så länge det funnits lösningsmedel. Användning av lustgas var under 1800-talet periodvis ett sällskapsnöje. Missbruk av eter var omfattande i England vid sekelskiftet liksom i Tyskland under andra världskriget. Uppgifter om missbruk av lösningsmedel är i Sverige sällsynta före 1940-talet. På 1950-talet fick sniffningen, främst av thinner, en sådan omfattning att myndigheterna började följa problemet.

Vissa undersökningar görs för att följa sniffningsvanor hos ungdomar. Sedan år 1983 görs dessa undersökningar av SCB. Undersökningarna tyder på att missbruket var betydligt större i början av 1970-talet än tio år senare.

När det gäller vuxna missbrukare är omfattningen av missbruk av lösningsmedel betydligt sämre dokumenterad. På socialberedningens initiativ genomförde därför socialstyrelsen under andra kvartalet 1985 en enkätundersökning om missbruk av flyktiga lösningsmedel. Enkäten ställdes till socialförvaltningarna i landets samtliga 284 kommuner, av vilka 258 svarade. Bortfallet är således inte obetydligt. Bland dem som inte svarat finns flera stora kommuner. Bland dem som har svarat finns flera som inte redovisat en fullständig bild utan bara vissa distrikt inom socialförvaltningen.

Undersökningen visar i huvudsak följande.

I 86 kommuner uppgavs att sniffning förekom bland vuxna missbrukare. 79 kommuner svarade att sådant missbruk inte förekom, medan 93 kommuner uppgav sig inte känna till huruvida missbruk av detta slag förekom eller inte.

I 39 kommuner förekom vuxna missbrukare med flyktiga lösningsmedel som enda eller dominerande missbruksmedel. I 34 kommuner hade man under det senaste året medverkat till frivillig institutionsvård av missbrukare av flyktiga lösningsmedel. Det gällde 64 personer, varav 36 var vuxna. I 20 kommuner hade institutionsvård bedömts som nödvändig beträffande ytterligare 36 vuxna missbrukare av flyktiga lösningsmedel. Någon vård hade dock inte kunnat komma till stånd då missbrukarna inte velat medverka till frivillig vård.

Antalet vuxna sniffningsmissbrukare som bedömts vara i behov av institutionsvård under en ettårsperiod uppgick alltså sammanlagt till ca 70 personer. Av dessa har hälften bedömts vara i behov av vård enligt LVM.

Det bör understrykas att dessa tal sannolikt innebär en underskattning av problemets omfattning. Dels är som nämnts bortfallet i undersökningen inte obetydligt, dels finns det därutöver rimligen ett mörkertal i form av missbruk som inte kommit till socialtjänstens kännedom.

Preparat och skadeverkningar

Socialstyrelsen har i en broschyr, Sniffning (1986), beskrivit sniffning som missbruksfenomen. Av denna framgår följande.

Sniffning innebär inandning av lättflyktiga lösningsmedel i syfte att bli berusad. Risken för överdosering med medvetslöshet som följd är stor.

De ämnen som används vid sniffning kännetecknas av att de lätt förgasas och att de ger berusning vid inandning. Kemiskt rör det sig om lättflyktiga kolväten såsom toulen, trikloretylen, xylen och bensen. I handeln finns dessa ämnen i ett stort antal produkter, t ex fläckborttagningsmedel, lim, thinner, färger, kemtvättvätska, nagellacksremover och drivgas i sprayförpackningar.

Försäljning av thinner har sedan år 1960 varit förbjuden till ungdomar under 18 år. Från och med april 1978 gäller förbud mot försäljning av så gott som alla slags lösningsmedel om det kan antas att varan skall användas som berusningsmedel (förordning 1977:994 om försäljning och förvaring av vissa flyktiga lösningsmedel m m).

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

Lösningsmedlen framkallar beroende på samma sätt som alkohol och narkotika. Vanesniffaren utvecklar tolerans mot medlet och drabbas av abstinensbesvär. De sociala skadorna är vanligen påtagliga.

1.3.2 Missbruk av icke narkotikaklassade läkemedel

Begreppet narkotika omfattar i svensk lagstiftning både sådana ämnen som har ett legalt användingsområde, läkemedlen, och sådana där varje form av innehav är olagligt.

Tid efter annan uppträder nya medel och substanser med beroendeframkallande effekter. Från det att ett sådant medel har börjat missbrukas, tar det viss tid innan medlet blir narkotikaklassat. Ibland kan det ta flera år, innan det anses föreligga tillräckligt underlag för ett beslut om narkotikaklassning. Det åligger socialstyrelsen enligt narkotikaförordningen (1962:704) att upprätta och kungöra förteckningar över vilka medel som skall anses som narkotika. Dessa publiceras i socialstyrelsens författningssamling.

Vissa läkemedel klassas inte som narkotika, även om de innehåller narkotiska substanser. Detta gäller om andelen narkotikum understiger en viss procentsats eller ett visst antal milligram per avdelad dos.

Bamycod och Magnecyl-kodein utgör exempel på läkemedel som innehåller en så låg halt av narkotikum, så att de inte klassas som narkotiska preparat. Tabletterna är receptbelagda i större förpackningar än 20 tabletter. För missbrukare av dessa preparat är det emellertid lätt att köpa flera små förpackningar från olika apotek.

Det förekommer fall av allvarligt missbruk av denna typ av läkemedel. Ett fall med dödlig utgång har rapporterats till beredningen. Några uppgifter om den totala omfattningen finns inte.

1.4 Avslutande kommentar

I det föregående har missbrukets utbredning redovisats separat för de respektive missbruksmedlen. Vid en så upplagd redovisning kan helhetsperspektivet på missbrukets omfattning och utveckling i Sverige lätt gå förlorat. För fullständighetens skull vill vi därför avslutningsvis peka på två viktiga omständigheter.

För det första. Blandmissbruket är betydande och av allt att döma ökande. Som nämnts förekom alkoholmissbruk hos en majoritet av narkotikamissbrukarna, enligt den kartläggning som UNO genomförde år 1979 (avsnitt 1.2). Enligt SCB:s statistik uppgick år 1985 blandmissbrukarna av alkohol och narkotika bland de intagna på hem för vård eller boende till 7 procent av de LVM-vårdade och 12 procent av de frivilligt vårdade. Särskilt för de senare har denna andel stigit kraftigt sedan år 1982, då motsvarande tal bara var 2 procent. Från praktiskt taget alla typer av vårdenheter rapporteras ett ökande inslag av blandmissbruk. Inte minst tycks missbruk av läkemedel ha blivit vanligare bland både narkotika- och alkoholmissbrukare.

För det andra. Vid en helhetsbedömning av missbrukets utveckling är det ingen tvekan om att det tunga missbruket totalt sett har ökat kraftigt i omfattning under de senaste decennierna. Statistiken över alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet, liksom uppgifter från olika vårdområden, talar för att gruppen av tunga alkoholmissbrukare har blivit större (avsnitt 1.1). Härtill kommer det tunga narkotikamissbruket, som var en marginell företeelse fram till 1960-talets början, medan antalet tunga narkotikamissbrukare var mellan 10 000 och 14 000 år 1979 och sannolikt är ännu högre i dag (avsnitt 1.2). När det gäller antalet tunga läkemedelsmissbrukare finns inga säkra hållpunkter för en bedömning av utvecklingen, men uppgifter från vårdenheterna talar för att detta är en växande grupp. Härtill kommer missbruket av flyktiga lösningsmedel. Bland vuxna har även detta slag av missbruk uppenbart blivit vanligare, även om problemet fortfarande är begränsat jämfört med annat missbruk.

2 Missbrukarna och de sociala vårdlagarna

2.1 Historisk tillbakablick

2.1.1 Tidigare sociala vårdlagar

År 1916 trädde den första egentliga sociala vårdlagen i kraft, nämligen lagen (1913:102) om behandling av alkoholister. Lagen hade föregåtts av inflammerade debatter. Den var ett resultat av de tankar om en interneringslag för alkoholister som framfördes i riksdagen redan år 1889. En kommitté tillsattes inte förrän år 1907 för att utreda frågan och lagförslaget kom år 1910. År 1913 antogs lagen. Att den trädde i kraft först år 1916 hängde bl a samman med de häftiga diskussionerna och med att det till en början inte fanns någon anstalt där behandlingen kunde ges. År 1916 öppnades Venngarn som alkoholistvårdsinstitution. 1913 års lag reglerade uteslutande tvångsvården av den som var "hemfallen åt dryckenskap" och behandlade inte frågan om frivillig vård. Alkoholisten uppfattades som en social skadegörare som samhället måste skydda sig mot genom internering.

1913 års alkoholistlag ersattes av lagen (1931:233) om behandling av alkoholister. I 1931 års lag gjordes en något starkare betoning av omsorgen om individen. Det var dock fortfarande fråga om en interneringslag avsedd för de grava fallen.

På 1930-talet inleddes det socialpolitiska reformskede som utgör grunden för den nuvarande sociala trygghetspolitiken. Arbetsmarknadsinsatserna ökade, bostäderna förbättrades och socialförsäkringssystemet byggdes upp. Insikten ökade om sambanden mellan å ena sidan fattigdom, hälsobrister och sociala "avvikelser" av olika slag och å andra sidan den sociala miljön. Den sociala helhetsbedömningen ledde till en mindre moraliserande syn på sociala problem.

2.1.2 Nykterhetsvårdslagen

I lagen (1954:579) om nykterhetsvård (NvL) lades tonvikten vid frivilliga förebyggande insatser för individen. Tvångsvård skulle tillgripas först sedan det klarlagts att frivillig vård inte var tillräcklig. Nykterhetsnämnderna som tidigare enbart hade handhaft tvångsvården enligt 1913 och

1931 års lagar fick ett kraftigt expanderande verksamhetsområde. Det krävdes inte "hemfallenhet" för att frivilliga insatser skulle kunna komma i fråga utan redan "missbruk" räckte för att nämnden skulle kunna besluta om sådana hjälpinsatser.

Enligt NvL gällde att, om någon var "hemfallen" åt missbruk av alkoholhaltiga drycker, nykterhetsnämnden till en början kunde ställa honom under övervakning, om han

a) var farlig för annans personliga säkerhet eller hälsa eller för eget liv
b) utsatte någon han var skyldig att försörja för vanvård
c) låg det allmänna eller sin familj till last
d) var ur stånd att ta vård om sig själv eller
e) förde ett för närboende grovt störande levnadssätt

Nämnden kunde också gripa in om missbrukaren hade begått vissa brott och om han förde ett kringflackande liv utan att försöka att ärligen försörja sig.

Om frivilliga hjälpåtgärder eller övervakning inte hade återfört honom till ett nyktert liv eller uppenbarligen skulle vara utan gagn eller om sådana åtgärder med hänsyn till hans farlighet inte kunde avvaktas, fick missbrukaren tas in med tvång på allmän vårdanstalt.

Polisstyrelsen fick tillfälligt omhänderta missbrukaren, om faran för honom själv eller någon annan var överhängande, om han förde ett kringflackande liv och det kunde befaras att han skulle avvika, eller om han på grund av oförmåga att ta vård om sig själv var i trängande behov av omedelbar vård.

Länsstyrelsen och efter år 1971 länsrätten beslutade om tvångsintagning på ansökan av nykterhetsnämnden eller i särskilt angivna fall av polisstyrelsen.

Enligt huvudregeln var vårdtiden enligt NvL ett år. Om någon tidigare varit intagen på anstalt och den nya domen kom inom fem år från utskrivningen, var vårdtiden två år. Om beslutet om intagning grundats på att någon var farlig för annans säkerhet eller för eget liv eller om någon hade varit intagen minst tre gånger tidigare, fanns en speciell regel som medgav förlängning i vissa fall av vårdtiden med högst två år (45 § NvL). Vårdtiden kunde således i extrema fall uppgå till fyra år. Under vårdtiden fick den enskilde permissioner. Återföll han i missbruk kunde han återföras till anstalt. Den tid han hade permission inräknades då inte i vårdtiden. På så vis kunde på anstalterna vårdas personer som fått sin dom om vård mer än fyra år tidigare. Genom ett förenklat förfarande kunde länsrätten i vissa fall besluta att den som var utskriven från anstalt skulle återintas (55 § NvL).

Fram på 1960-talet hade bristerna i den sociala välfärden avsevärt reducerats. Jämlikhetssträvandena resulterade i omfattande socialpolitiska transfereringar för att åstadkomma en utjämning av de ekonomiska resurserna. I detta klimat med en stark förväntan på den framtida ekonomiska utvecklingen uppkom tanken på en ny socialvårdslagstiftning. Efter hand växte bland socialarbetarna fram en allt starkare tro på frivillighet beträffande missbrukarvården. Man gick under nykterhetsvårdslagens senare år alltmer ifrån att tillgripa tvångsvård.

2.1.3 Socialutredningens principbetänkande

Socialutredningen, som tillkom efter regeringens beslut i december 1967 och mars 1968, avgav år 1974 ett principbetänkande (SOU 1974:39) Socialvården, Mål och medel. Under rubriken Sociala vårdinsatser utan den enskildes samtycke (sid 324) fastslår utredningen att den grundläggande inställningen är att samhällets hjälp vid missbruk av beroendeframkallande medel måste erbjudas i frivilliga former. Det gäller även situationer där det av humanitära skäl framstår som nödvändigt att ingripa till den vårdbehövandes skydd och hjälp. Dock, sägs det i betänkandet, kan det i dessa situationer visa sig ofrånkomligt med ett kortvarigt omhändertagande för vård och behandling utan klientens samtycke. Utredningen prövade om det skulle vara möjligt att utvidga LSPV:s tillämpningsområde till att i ökad utsträckning gälla missbrukare men fann att för socialvårdens del kunde tvångsvård komma i fråga bara med hänsyn till missbrukarens eget intresse, medan LSPV:s specialindikationer delvis utgick från samhällsskyddet. En vård inom sjukvårdens ram skulle dessutom ge en alltför medicinsk inriktning och inte tillgodose behovet av sociala problemlösningar. Dessutom skulle behandlingsarbetet vid ett starkt beroende behöva bli så pass utsträckt att det inte lämpligen kunde bedrivas på sjukhus. Utredningen tog alltså ställning mot en utvidgning av LSPV vilket innebar att en särskild lag för missbrukarna skulle behövas för att ersätta NvL. Förslaget till utformning av lagstiftningen skulle utredningen emellertid återkomma till.

2.1.4 Socialutredningens slutbetänkande

Vid remissbehandlingen av principbetänkandet riktades kritik bl a mot förslaget att vårda vuxna missbrukare med tvång inom socialtjänsten. Efter remissbehandlingen överlämnade den dåvarande regeringen genom en skrivelse i februari 1975 remissyttrandena till utredningen för beaktande i utredningens återstående arbete. I skrivelsen uttalades beträffande åtgärder utan den enskildes samtycke bl a att utredningen, när det gällde vuxna, borde "undersöka möjligheterna till enhetliga bestämmelser utanför socialvårdslagstiftningen".

Vid en orientering om utredningens läge, som efter regeringsskiftet i oktober 1976 hölls inför den nye socialministern, förklarade utredningens ordförande på fråga att utredningen hade möjlighet att inom ramen för gällande direktiv utarbeta två alternativ i fråga om möjligheterna att använda tvång mot vuxna missbrukare. Ett som utgick från den tidigare regeringens intentioner i tilläggsuppdraget från februari 1975 och ett som byggde på utredningens förslag i principbetänkandet. I socialutredningens slutbetänkande (SOU 1977:40) Socialtjänst och socialförsäkringstillägg, lagar och motiv, 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.

Som en följd av underhandskontakterna med den nye socialministern

lade socialutredningen också fram ett alternativförslag med tvångsvård av missbrukare inom socialtjänsten. I reservationer ställde sig en minoritet i utredningen bakom detta förslag.

2.1.5 LPV-förslaget

Parallellt med socialutredningen pågick inom socialstyrelsen en översyn av LSPV. En expertgrupp inom socialstyrelsen som tillsattes år 1973 (LSPV-gruppen) överlämnade i november 1977 till socialstyrelsen en rapport med förslag till lag om viss psykiatrisk vård (Socialstyrelsen redovisar 1977:14). Förslaget innebar bl a vissa organisatoriska ändringar i förhållande till LSPV. I grunderna för beredande av vård föreslogs dock ingen ändring i sak.

I september 1977 tillkallade dåvarande socialministern en särskild arbetsgrupp med uppgift att på grundval av bl a socialutredningens förslag redovisa ett beslutsunderlag för regeringens ställningstagande i frågor om vård utan samtycke av vuxna missbrukare av alkohol och narkotika inom socialvård och sjukvård m m. Arbetsgruppen avgav i maj 1978 en rapport, (Ds S 1978:8) Vård utan samtycke inom socialvård och sjukvård.[1] Arbetsgruppen föreslog att en ny regel skulle föras in i LSPV enligt vilken den som, till följd av missbruk av alkohol eller narkotiska medel, är i trängande behov av avgiftning och psykiatrisk vård skulle få beredas vård utan eget samtycke. Vårdtiden skulle begränsas till fyra veckor. I anslutning till LSPV-gruppens förslag föreslog arbetsgruppen vidare vissa andra justeringar i LSPV som inte var påkallade av missbrukarproblematiken. Det föreslogs att lagen skulle kallas lag om viss psykiatrisk vård (LPV). Arbetsgruppen betonade att det inte rörde sig om någon avsevärd förändring av LSPV, utan att ändringen föreslogs mot bakgrund av att det vid den praktiska tillämpningen visat sig råda delade meningar om, huruvida förvirringstillstånd på grund av missbruk var att betrakta som psykisk sjukdom.

I prop 1979/80:1, Om socialtjänsten, uttalade departementschefen (del A sid 508) att syftet med vården av vuxna missbrukare främst skall vara att rädda liv eller att skydda hälsa och att det därför är rimligt att ge sådan vård och behandling inom sjukvården. Mot bakgrund av socialutredningens (majoritetens) förslag i slutbetänkandet och det av arbetsgruppen avgivna förslaget föreslogs en ändring av LSPV på så sätt att alkohol- och narkotikamissbrukarna bröts ut ur den krets psykiskt sjuka, eller därmed jämställda, som avsågs i LSPV:s generalindikation. En särskild paragraf för missbrukarna föreslogs. Härigenom undgick man att uttryckligen klassificera missbruket som psykisk sjukdom. Vidare föreslogs vissa andra ändringar i LSPV. I propositionen föreslogs att lagen skulle rubriceras lag om psykiatrisk vård i vissa fall, förkortat LPV. Departementschefen förklarade vidare (sid 510) att han ämnade begära regeringens bemyndigande att tillsätta en kommitté med parlamentarisk sammansättning för att fortsätta översynen av lagstiftningen om vård

[1] Intagen i prop 1979/80:1 del C sid 141.

mot den enskildes vilja och följa tillämpningen av den nya lagen samt föreslå ändringar som erfarenheterna kunde ge anledning till.

Socialutskottet anförde i sitt betänkande (SoU 1979/80:44 sid 62) att det var nödvändigt att frågan om tvångsvård av vuxna missbrukare avgjordes med en bred politisk enighet. Med tanke på att utskottet hade föreslagit att socialtjänstreformen inte skulle träda i kraft förrän den 1 januari 1982 fanns det fortfarande tid att göra en ny förutsättningslös utredning.

Utskottet föreslog att den nämnda parlamentariska kommittén bl a skulle få i uppdrag att ånyo utreda frågan om tvångsvård av vuxna missbrukare. Regeringen bemyndigade i maj 1980 chefen för socialdepartementet att tillkalla en kommitté för att se över bestämmelserna om vård utan samtycke inom socialtjänst- och sjukvårdslagstiftningen m m. Det uppdrogs åt kommittén, som antog namnet socialberedningen, att med förtur utarbeta ett förslag till vård av vuxna missbrukare och i sådan tid att en lag kunde träda i kraft samtidigt som socialtjänstlagstiftningen, den 1 januari 1982.

2.1.6 Socialberedningens delbetänkande om LVM

I januari 1981 avgav socialberedningen sitt första delbetänkande (SOU 1981:7), LVM.

Betänkandet var enhälligt. Förslagen grundade sig emellertid på ett betydande antal sammanjämkningar av olika gruppers uppfattningar.

På grundval av betänkandet utarbetades propositionen 1981/82:8 om lag om vård av missbrukare i vissa fall m m.

Propositionen, som på nästan alla punkter följde beredningens förslag, antogs av riksdagen (SoU 1981/82:22 och rskr 91) i december 1981. Lagen trädde i kraft den 1 januari 1982.[1]

2.2 LVM

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

Förutsättningarna för vård enligt LVM är att missbrukaren till följd av ett fortgående missbruk av alkohol eller narkotika är i trängande behov

[1]Sedan LVM infördes har mindre ändringar av lagen genomförts vid två tillfällen. Dels år 1982 genom lag 1982:404 om ändring i LVM, dels år 1984 genom lag 1984:366 om ändring i LVM.

av vård för att komma ifrån sitt missbruk och att hans vårdbehov inte kan tillgodoses genom någon annan lag, t ex socialtjänstlagen. Dock får LVM beslutas även om någon för en kortare tid bereds vård enligt LSPV. Vidare fordras att den enskilde till följd av missbruket utsätter antingen sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller att han till följd av missbruket kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

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

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

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

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

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

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

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

Polisen får omhänderta en missbrukare omedelbart, om det är sannolikt att han kan beredas vård enligt LVM och beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att han kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat om han inte får omedelbar vård eller det föreligger en över-

hängande risk att han kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Rätten kan också besluta om omedelbart omhändertagande sedan en ansökan om vård anhängiggjorts hos rätten.

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

Mål enligt LVM skall handläggas skyndsamt.

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

3 Tillämpningen av LVM — statistik och undersökningar

3.1 Inledning

Redovisningen i detta kapitel — som beskriver hur LVM har tillämpats under de drygt fem år lagen varit i kraft — bygger främst på den offentliga statistiken men också på vissa särskilda undersökningar. En av dessa är en av socialberedningen genomförd enkätundersökning, riktad till LVM-hemmen, med vissa uppgifter om vården och om samtliga LVM-klienter som vårdades under första halvåret 1986.

Statistiken belyser i huvudsak lagstiftningens formella tillämpning. Därutöver redovisas vissa uppgifter om klienternas förhållanden och deras situation vid utskrivningen från LVM-vården. Det är en översiktlig bild. Många frågor om tillämpningen och om LVM-vårdens effekter har inte kunnat besvaras utifrån tillgänglig statistik eller annan kunskap. Beredningen redovisar vissa överväganden rörande behovet av forskning och av en förbättrad statistik på detta område i kapitel 13 (avsnitt 13.4).

Det senaste år för vilket statistik har kunnat erhållas är som regel 1985. I vissa fall föreligger emellertid även uppgifter avseende år 1986.

3.2 Tvångsvårdens omfattning

Vård enligt LVM utgör en mycket liten del av den totala missbrukarvården. Merparten av all vård ges i frivilliga former. Tvångsvård enligt LVM berör drygt ett tusental personer årligen. Intagningar med stöd av LVM motsvarar omkring 7 procent av alla intagningar av vuxna missbrukare på hem för vård eller boende under ett år. Antalet vårddagar som utnyttjas för tvångsvård uppgår till 3 procent av det totala.

Åren efter 1955, då motboken avskaffades och nykterhetsvårdslagen infördes, ökade användningen av tvångsåtgärder. Ökningen fortsatte successivt och nådde en kulmen år 1961. Därefter minskade antalet tvångsingripanden stadigt fram till år 1978. Utvecklingen från och med år 1970 framgår av tabell 3:1. Mellan åren 1970 och 1978 skedde en kraftig omsvängning av nykterhetsvårdsarbetet till förmån för frivilliga insatser. Antalet tvångsintagningar och antalet personer intagna med tvång minskade kraftigt under perioden. Samtidigt ökade antalet frivilliga intagningar markant. Denna ökning var större än minskningen av

Tabell 3:1 Antal intagningar och intagna personer på grund av missbruk i hem för vård eller boende[1]

År	Tvångs-intagningar	Frivilliga intagningar	Totalt	Antal personer intagna med tvång[2]
1970	1 387	4 237	5 624	5 356
1974	748	6 927	7 675	3 403
1978	640	7 046	7 686	2 199
1980	973	6 311	7 284	2 643
1981	1 007	5 883	6 890	2 919
1982	930	8 717	9 647	823
1983[3]	1 020	16 292	17 312	827
1984	1 173	16 500	17 673	1 105
1985	1 274	16 978	18 252	1 201
1986	1 241	16 149	17 390	1 219

[1] Källa SCB. För åren 1970—1981 avses intagning enligt NvL. Från och med år 1982 intagning enligt SoL respektive LVM.

[2] Avser personer som någon gång under året fanns intagna md tvång enligt NvL eller LVM oberoende av intagningstidpunkt. Från och med år 1982 inkluderas även det fåtal personer, som enbart varit omedelbart omhändertagna och inte placerats på ett LVM-hem under omhändertagandet.

[3] Den kraftiga ökningen av antalet frivilliga intagningar från och med år 1983 sammanhänger med att personer intagna på f. d. inackorderingshem för alkoholmissbrukare och f. d. behandlingshem för narkotikamissbrukare från detta år inkluderas statistiken.

antalet intagningar med tvång. Totalt ökade antalet intagningar till vård på institution med drygt 2 000 under perioden.

Under nykterhetsvårdslagens sista år ökade åter antalet intagningar med tvång för att år 1981 vara uppe på samma nivå som i början av 1970-talet.

I samband med LVM:s ikraftträdande år 1982 sjönk antalet intagningar. Minskningen det första året kan sannolikt förklaras med att lagen var ny och att det fanns osäkerhet bland socialarbetarna om hur den praktiskt skulle tillämpas. Efter det första året ökade antalet tvångsintagningar fram till och med år 1985. Under år 1986 minskade antalet intagningar något jämfört med året innan.

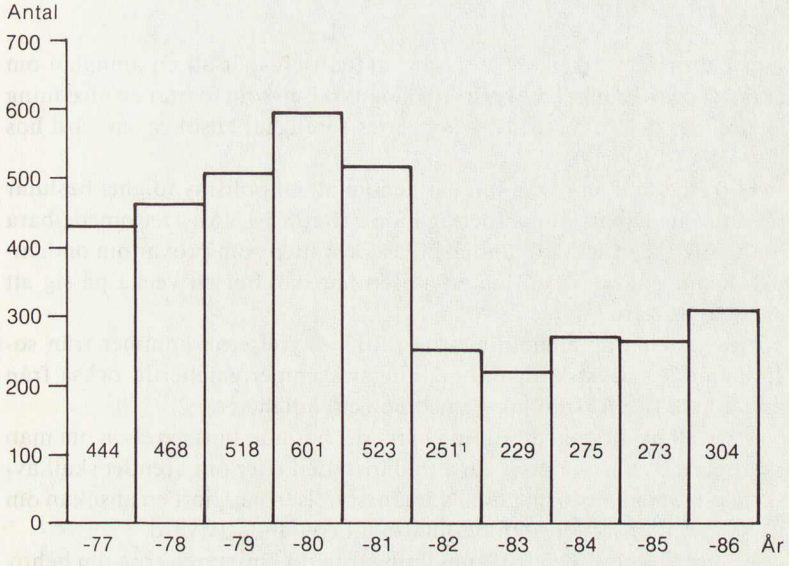
Ökningen av antalet intagningar med tvång under de senaste åren jämfört med 1970-talet kan framför allt förklaras av vissa skillnader mellan LVM och NvL, nämligen dels att LVM har väsentligt kortare vårdtider, dels att LVM saknar NvL:s möjligheter till återintagning. Det sista medför att varje nytt behov av tvångsvård också medför ett nytt beslut om vård. Ökningen av antalet intagningar innebär inte att antalet personer som är föremål för tvångsvård har ökat. Som framgår av tabell 3:1 mer än halverades antalet personer som under ett år var intagna med tvång under perioden 1981—1986, från 2 919 till 1 219.

Ett annat mått på tvångsvårdens omfattning är antalet klienter på vårdinstitutionerna en viss dag. I figur 3:1 visas antalet närvarande tvångsintagna personer enligt NvL och antalet personer intagna med tvång enligt LVM den 31 december respektive år under perioden 1977—1986. Figuren visar en klar minskning av antalet närvarande tvångsvårdade från och med år 1982 då LVM infördes. Uppgifterna som avser

LVM inkluderar även de klienter som är avvikna och de som erhåller vård på försök utanför LVM-hemmet, vilket innebär att minskningen i realiteten är större än vad som framgår av figuren.

Även antalet vårddagar för tvångsvårdade klienter minskade kraftigt när LVM ersatte NvL. Dessa uppgifter avspeglar det förhållandet att inte bara de maximalt möjliga, utan även de faktiska vårdtiderna har blivit avsevärt kortare i och med LVM.

Figur 3:1 Antal närvarande tvångsintagna personer enligt NvL (1977—1981) och antalet personer intagna med tvång enligt LVM (1982—1986) den 31 december varje år



Källa: Socialstyrelsen 1977—1982, SCB 1982—1986.
[1] Enligt socialstyrelsen 277 personer.

LVM omfattar, till skillnad från NvL, även missbruk av narkotika. Detta har inte påverkat tvångsvårdens totala omfattning i någon större utsträckning. Antalet intagningar av narkotikamissbrukare (dvs av personer som huvudsakligen missbrukar narkotika) var 71 år 1986. Antalet narkotikamissbrukare intagna den 31 december 1986 uppgick till 25 (se vidare avsnitt 3.3.7).

Sammantaget tyder detta på att tvångsåtgärdernas omfattning i och med införandet av LVM sjönk till en betydligt lägre nivå. Antalet personer som under ett år är föremål för tvångsvård har minskat kraftigt, liksom antalet tvångsintagna den 31 december respektive år.

Under de drygt fem år som LVM har varit i kraft har tvångsvården, som framgick av tabell 3:1, ökat i omfattning. Ökningen var kraftigast år 1984 men fortsatte även under år 1985. Under år 1986 minskade antalet tvångsvårdade något jämfört med år 1985.

Antalet tvångsvårdsfall varierar starkt mellan olika delar av landet. De tre storstadslänen svarar för ungefär en tredjedel av alla tvångsintagningar. Ökningen av antalet intagningar under åren 1984 och 1985 har också varit kraftigast i dessa län. I Stockholms län har det skett en stark ökning av antalet beslut om LVM-vård även under år 1986.

3.3 Anmälan, ansökan, beslut om vård

3.3.1 Förfarandet

Normalförfarandet, när LVM-vård aktualiseras, är att en anmälan om behov av vård enligt LVM görs till länsstyrelsen som företar en utredning av ärendet och, om skäl för vård anses föreligga, ansöker om vård hos länsrätten.

Förfarandet kan också inledas genom att en polismyndighet beslutar om ett omedelbart omhändertagande enligt 8 § LVM. Det omedelbara omhändertagandet skall underställas länsrätten som prövar om omhändertagandet skall bestå. Länsstyrelsen har därefter en vecka på sig att ansöka om vård.

Huvuddelen av anmälningarna till länsstyrelserna kommer från socialnämnderna. Åtskilliga anmälningar kommer emellertid också från annat håll, främst från läkare och polismyndigheter.

Efter att ha gjort en utredning i ärendet beslutar länsstyrelsen om man skall göra en ansökan om vård till länsrätten eller om ärendet skall avskrivas utan att ansökan görs. När länsstyrelsen har gjort en ansökan om vård är det länsrätten som beslutar om beredande av vård.

Endast en mindre del av anmälningarna till länsstyrelserna om behov av LVM-vård leder till beslut om vård.

3.3.2 "Tratten"

Som konstaterades i kapitel 1 kan antalet tunga missbrukare uppskattas uppgå till mellan 50 000 och 100 000. Ett fåtal av dessa blir föremål för LVM-anmälan till länsstyrelsen. Knappt hälften av anmälningarna resulterar i ansökan om vård.

Processen från anmälan till beslut om vård kan ses som ett flöde. Grafiskt kan detta flöde illustreras som en tratt (figur 3:2). När de missbrukare som blir föremål för anmälningar om tvångsvård utreds av länsstyrelsen smalnar tratten kraftigt. När ansökningarna bedöms av länsrätten smalnar tratten ytterligare något.

År 1985 gjordes 2 958 anmälningar om behov av vård enligt LVM till länsstyrelserna. Av dessa resulterade 1 119 eller 38 procent i ett beslut om vård i länsrätten.

Den största avtappningen sker hos länsstyrelserna som avskriver en majoritet av anmälningarna efter utförd utredning. År 1985 avskrevs 1 591 anmälningar eller 54 procent. I de resterande 1 367 fallen gjorde

länsstyrelsen en ansökan om vård. Av dessa ansökningar var det 119 (ca 9 procent) som inte bifölls av länsrätten.

Flödet åskådliggörs ytterligare i figur 3:3.

I det följande granskas varje led i denna process något utförligare.

Figur 3:2 Vägen till LVM-vård år 1985



[1] Se kapitel 1.

[2] Uppgifterna är hämtade ur socialstyrelsens statistik. Socialstyrelsen och statistiska centralbyråns uppgifter överensstämmer inte alltid beroende på olika sätt att samla in materialet. Skillnaderna ändrar inte den huvudsakliga bilden.

3.3.3 Anmälningar

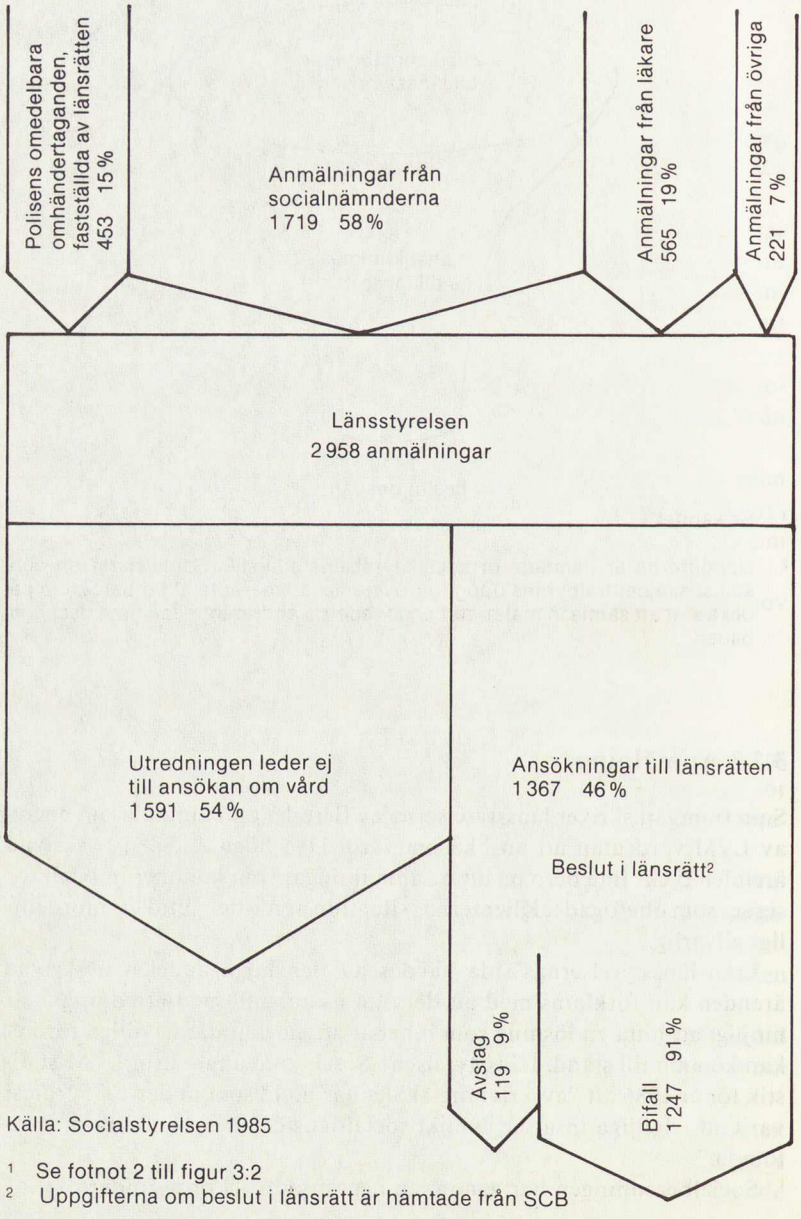
Som framgått skriver länsstyrelserna av flertalet anmälningar om behov av LVM-vård utan att ansöka om vård. Den höga andelen avskrivna ärenden tycks inte bero på att de anmälningar som kommer in i och för sig ses som obefogade. Klienternas situation är nästan alltid utomordentligt allvarlig.

Från länsstyrelsernas sida hävdas att den höga andelen avskrivna ärenden kan förklaras med att det ofta i samband med utredningen är möjligt att hitta en lösning som innebär att vård under frivilliga former kan komma till stånd. Länsstyrelsen i Stockholm anger i sin LVM-statistik för år 1986 att "avskrivningsskälet har nu liksom under 1985 främst varit att frivilliga insatser jämlikt socialtjänstlagen ej bedömts vara uttömda."

Socialberedningen har genom en begränsad stickprovsundersökning

följt ett antal ärenden som blivit avskrivna hos länsstyrelsen. Som underlag för undersökningen har vi från nio länsstyrelser i landet begärt att få uppgifter om alla LVM-anmälningar som avskrevs under mars 1986. Antalet avskrivna ärenden i dessa nio län uppgick till sammanlagt 67 under den aktuella månaden. Dessa uppgifter kompletterades med uppgifter från respektive socialnämnd om vilkén vård dessa missbrukare hade fått under en sexmånadersperiod, räknat från tidpunkten för avskrivnings-

Figur 3:3 Anmälningar, ansökningar, beslut enligt LVM år 1985[1]



Källa: Socialstyrelsen 1985

[1] Se fotnot 2 till figur 3:2
[2] Uppgifterna om beslut i länsrätt är hämtade från SCB

beslutet. I 80 procent av de granskade ärendena framgick det klart att grunden för avskrivningen var att vårdbehovet bedömdes kunna tillgodoses genom vård i frivilliga former. I 28 procent av dessa ärenden kom aldrig några frivilliga vårdinsatser till stånd eller avbröts de efter mycket kort tid (mellan två dagar och fyra veckor). I ytterligare 15 procent av dessa fall aktualiserades LVM-vård på nytt under den granskade sexmånadersperioden.

Undersökningen är begränsad och kan inte tas till intäkt för mer vittgående slutsatser. Den tyder ändå på att ingen, eller endast helt kortvarig, vård kommer till stånd i en relativt stor andel av de fall som länsstyrelsen avskriver med motiveringen att vårdbehovet kan tillgodoses på frivillig väg.

Majoriteten av anmälningarna kommer från socialnämnderna. Socialstyrelsen redovisar anmälningarna efter olika anmälare (tabell 3:2).

Tabell 3:2 Anmälningar om behov av vård enligt LVM under år 1985

		%
Socialnämnd	1 719	58
Polis	453	15
Läkare	565	19
Övriga	221	7
	2 958	

Källa: Socialstyrelsen

Vissa uppgifter — bland annat en särskild undersökning från Stockholms kommun (Institutionsbyrån, Stockholms socialförvaltning 1985) — tyder på att andelen anmälningar från läkare har ökat under den tid som LVM har varit i kraft.

3.3.4 Ansökningar och beslut

Antalet ansökningar till länsrätterna har ökat under de år LVM har funnits. Ökningen är störst år 1984, det år då länsstyrelserna tog över utredningarna (tabell 3:3).

Tabell 3:3 Ansökningar och länsrättens beslut åren 1982—1985

		Länsrättens beslut innebär		
	Ansökningar	Bifall	Ej bifall	Ej bifall (%)
1982	914	826	88	10
1983	937	867	70	7
1984	1 225	1 131	94	8
1985	1 366	1 247	119	9

Källa: SCB

Ansökningarna leder i flertalet fall till beslut om vård i länsrätten. I omkring tio procent av fallen avslår länsrätten ansökan. Andelen avslag har inte ändrats nämnvärt under lagens tillämpningstid.

Länsstyrelserna avskriver, som framgått, mer än hälften av antalet LVM-anmälningar. När man för ärendet vidare, i form av ansökan om LVM-vård, bifaller alltså länsrätterna som regel ansökan. Av allt att döma är det med få undantag enbart de allra allvarligaste fallen som underställs länsrättens prövning.

För att någon skall kunna beredas vård enligt LVM, måste förutom den s k generalindikationen (2 §), även någon av specialindikationerna vara uppfylld, dvs den enskilde måste antingen till följd av missbruket utsätta sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara (3 § a) eller till följd av missbruket kunna befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående (3 § b).

Av statistiken framgår vilka indikationer som har åberopats vid ansökan om vård.

Tabell 3:4 Specialindikationer vid ansökan om vård

		3 § a	3 § b	3 § b	
	Antal ansökningar	fara för hälsan	skada sig själv	skada någon närstående	enbart 3 § b
1982	914	864	143	73	50
1983	937	895	168	85	42
1984	1 225	1 217	119	70	8
1985	1 366	1 362	77	48	4
1986	1 377	1 371	85	49	6

Källa: SCB

Av tabell 3:4 framgår att faran för missbrukarens hälsa är den ojämförligt vanligaste grunden vid ansökan om vård. Den har dessutom åberopats i ökande utsträckning; år 1986 fanns den med i alla ansökningar utom sex. De båda rekvisiten i 3 § b har använts i mindre utsträckning under åren 1984—1986.

Det bör observeras att faran för närstående åberopas betydligt oftare vid omedelbara omhändertaganden än vid ansökningar om vård (se vidare avsnitt 3.3.6).

3.3.5 Upprepad LVM-vård

Av SCB:s statistik framgår att många missbrukare återkommer för ingripanden (omedelbara omhändertaganden respektive vård) enligt LVM flera gånger under ett och samma år.

Under år 1986 var 1 219 personer föremål för ingripanden enligt LVM. Av dessa var det 14 personer som enbart blev omedelbart omhändertagna två eller flera gånger. 95 personer var föremål för beslut om vård enligt lagen två eller flera gånger under året. Bland dem som redan hade varit omedelbart omhändertagna och föremål för beslut om vård blev 41 personer utsatta för ytterligare ett ingripande och 36 utsatta för ytterligare två eller flera ingripanden enligt lagen. Sammanlagt återkom 186 personer (15 procent av samtliga) för förnyade insatser under året.

För socialberedningens räkning har SCB undersökt om och i vilken utsträckning de som intogs enligt LVM under år 1982 återkom för förnyade intagningar fram till och med år 1985. Resultatet framgår av tabell 3:5.

Tabell 3:5 Förnyade intagningar under åren 1982—1985 för personer intagna år 1982

	Totalt	Ej återkommit	1 gång	2—3 ggr	4—7 ggr	8—14 ggr
Totalt	820	437	160	139	74	10
Procent	100	53	20	17	9	1

Källa: SCB

Av tabellen framgår att 47 procent blev föremål för ytterligare minst en intagning under fyraårsperioden. SCB:s undersökning visar vidare att 10 procent återkom för förnyad vård i genomsnitt en gång per år eller mer under undersökningsperioden.

Anledningen till att klienten inte återkommer för förnyad vård kan vara att hans förhållanden har förbättrats. Ibland kan förklaringen emellertid vara att missbrukaren har avlidit. I en uppföljning av LVM-vårdade i Östergötlands län (Pettersson, Karlsson 1986) hade inte mindre än 10 av 60 dömda avlidit inom ett år efter LVM-domen. I socialberedningens undersökning om avskrivna ärenden (avsnitt 3.3.3 ovan) hade sex personer av 67 avlidit inom ett halvår från anmälningstillfället.

3.3.6 Omedelbara omhändertaganden

Omkring en fjärdedel av vårdbesluten föregås av omedelbara omhändertaganden. Ca 10 procent av LVM-klienterna blir enbart föremål för omedelbara omhändertaganden. Enligt socialstyrelsen var 35 procent av de LVM-klienter som togs emot på institutionerna under år 1985 omedelbart omhändertagna.

Flertalet beslut om omedelbara omhändertaganden fattas av polismyndigheten. År 1985 svarade polisen för 77 procent av samtliga beslut.

Efter en kraftig ökning av antalet omedelbara omhändertaganden år 1984 inträffade en begränsad minskning under åren 1985 och 1986 (tabell 3:6).

Tabell 3:6 Beslut om omedelbara omhändertaganden

	Samtliga beslut	Beslut av länsrätt	Beslut av polis	Därav:		
				ej fastställda	fastställda	Andel fastställda (%)
1983	307	71	236	61	175	74
1984	496	84	405	112	293	72
1985	484	109	375	102	273	73
1986	460	96	364	151	213	59

Källa: SCB. Dessa uppgifter redovisas ej för år 1982. För år 1984 saknas uppgift om vem som har fattat beslutet i sju fall.

Drygt 70 procent av polisens beslut om omedelbara omhändertaganden fastställdes av länsrätten under åren 1983—1985. År 1986 sjönk andelen fastställda beslut till knappt 60 procent. När ett omedelbart omhändertagande har upphävts, har skälet som regel varit att en planering för frivillig vård kommit till stånd.

De regionala skillnaderna vad gäller antalet beslut om omedelbara omhändertaganden är betydande. Bland annat föreligger anmärkningsvärda skillnader mellan de tre största städerna. Tabell 3:7, som bygger på uppgifter från polisdistrikten i de tre största städerna, illustrerar detta.

Tabell 3:7 Antal ingripanden enligt 8 § LVM i de tre storstadskommunerna under år 1985

	Antal invånare 1984-12-31	Antal beslut år 1985
Stockholm	653 561	131
Göteborg	423 947	1
Malmö	268 437	25
		157

Av statistiken framgår även vilken indikation som har åberopats vid de omedelbara omhändertagandena. Den ojämförligt vanligaste indikationen (432 av 460 beslut under år 1986) är att missbrukaren kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat om han inte får omedelbar vård. Indikationen "överhängande risk för att missbrukaren kan komma att allvarligt skada någon närstående" åberopas oftare vid omedelbara omhändertaganden än vid beslut om vård.[1] Vid beslut om omedelbara omhändertaganden förekom indikationen i 15 procent av fallen (68 av 460) jämfört med ca 4 procent vid ansökan om vård.

Socialstyrelsens LVM-statistik gör det möjligt att följa de omedelbara omhändertagandenas fortsatta handläggning via länsstyrelsen till länsrättens beslut. Vad gäller de LVM-ärenden som initierades genom ett omedelbart omhändertagande underlät länsstyrelsen att göra ansökan om vård i 16 procent av fallen år 1985. När det gäller övriga anmälningar utgör, som nämnts tidigare, andelen avskrivna ärenden mer än hälften. Det förefaller alltså som om de ärenden vilka inleds med ett beslut om omedelbart omhändertagande oftare bedöms som mer allvarliga och att möjligheten att uppnå alternativa lösningar är mindre än i de fall som anmäls till länsstyrelsen.

Detta leder till att väsentligt fler av de fall som inleds med ett omedelbart omhändertagande resulterar i ett beslut om vård. 75 procent av de omedelbara omhändertagandena ledde till ett beslut om vård år 1985 jämfört med 38 procent av det totala antalet LVM-anmälningar.

Av tabell 3:8 framgår var de omedelbart omhändertagna placerades under år 1985.

[1] Flera indikationer kan åberopas vid samma beslut.

Tabell 3:8 Placering under tiden för det omedelbara omhändertagandet år 1985

Totalt	Sjukhus	LVM-hem	Häkte	Övrigt	Sjukhus + LVM-hem	Häkte + LVM-hem	Sjukhus + LVM-hem + häkte
484	188	192	69	1	22	10	2

Källa: SCB

I 212 av de 484 fallen (44 procent) placerades den intagne på sjukhus under hela tiden för det omedelbara omhändertagandet eller under en del av denna tid. Det är en avsevärt högre andel än andelen av alla LVM-vårdade vilka inledningsvis vårdades på sjukhus (28 procent) — se vidare avsnitt 3.5.3. Det ligger i sakens natur att andelen sjukhusvårdade är högre bland de omedelbart omhändertagna med tanke på att dessa befinner sig i en akut situation och att den vanligaste indikationen för ett sådant omhändertagande, som nämnts, är att missbrukaren kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat om han inte får omedelbar vård.

Det är snarast anmärkningsvärt att de som erhåller sjukhusvård inte är ännu fler bland dem vilka omhändertagits omedelbart. Även inom den gruppen är det alltså mer än hälften som inte får någon sjukhusvård i LVM-vårdens inledningsskede.

I 81 fall av de 484 (17 procent) placerades de omedelbart omhändertagna på häkte. Häktesplaceringarna är som regel kortvariga (1-3 dagar), men det förekommer att missbrukaren får tillbringa upp till en vecka i häkte, undantagsvis ännu längre tid.

Även i fråga om häktesplaceringarna är det stora skillnader mellan olika delar av landet. På vissa håll, t ex i Malmö och Umeå, är det mycket ovanligt att missbrukaren placeras på häkte. På andra håll, t ex i Stockholm, är det endast undantagsvis som de omedelbart omhändertagna får vård på sjukhus.

3.3.7 Alkohol-, narkotika- och blandmissbrukare

Alkoholmissbrukarna dominerar stort bland dem som erhåller LVM-vård. I tabell 3:9 redovisas hur intagningarna fördelar sig på olika missbruksmedel.

Tabell 3:9 Antal intagningar i hem för vård eller boende enligt LVM

	Samtliga	Alkohol		Narkotika		Alkohol och narkotika	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
1982	930	878	94	21	2	31	3
1983	1 020	940	92	36	4	44	4
1984	1 173	1 083	92	24	2	62	5
1985	1 274	1 134	89	49	4	91	7
1986	1 241	1 070	86	71	6	100	8

Källa: SCB. År 1984 saknas uppgift om missbruksmedel i 5 fall.

Missbruk av alkohol är orsaken till närmare 90 procent av intagningarna. Narkotika- och blandmissbrukarna är en liten grupp. Antalet narkotika-

och blandmissbrukare har dock ökat kraftigt och var år 1986 mer än tre gånger större än år 1982. Ökningen har varit kraftigast under de senaste två åren.

Uppgifterna om missbruksmedel är dock osäkra. Definitionerna av de olika kategorierna är vagt utformade och lämnar stort utrymme för enskilda uppgiftslämnares bedömningar. Stockholms län, som svarar för det största antalet ansökningar gällande narkotikamissbrukare, redovisar i sin egen statistik för år 1986 att 128 narkotikamissbrukare erhållit beslut om vård enligt LVM. Av allt att döma är antalet narkotikamissbrukare underskattat i den offentliga statistiken.

Av socialberedningens enkät till LVM-hemmen (se avsnitt 3.4) framgår att läkemedelsmissbruk vid tiden för LVM-beslutet inte är ovanligt. I omkring en fjärdedel av alla vårdtillfällen hade klienten vid sidan av det huvudsakliga missbruksmedlet också uppgetts missbruka läkemedel. I de allra flesta fallen gällde missbruket lugnande mediciner. Läkemedelsmissbruket var vanligast bland narkotika- och blandmissbrukarna där det förekom hos mer än hälften av klienterna. Av alkoholmissbrukarna uppgavs 19 procent missbruka läkemedel. Läkemedelsmissbruk var betydligt vanligare bland de kvinnliga missbrukarna.

En inte obetydlig andel av alkoholmissbrukarna missbrukar dessutom teknisk sprit. En kartläggning av LVM-klienter i Västmanland år 1985 visade att 34 procent kombinerade alkohol och teknisk sprit (Aronsson 1986).

3.4 Klienterna i LVM-vården

3.4.1 Inledning

I detta avsnitt redovisas några uppgifter som översiktligt belyser de LVM-vårdades situation. Avsnittet bygger i huvudsak på den enkätundersökning av samtliga LVM-klienter utskrivna från LVM-vård under första halvåret 1986 som beredningen har genomfört. Enkäten, som ställdes till LVM-hemmen, innehöll bland annat frågor om klienternas situation vid intagningen på LVM-hemmet. I enkäten var uppgifter om enskilda personer avidentifierade och redovisningen omfattar därför vårdtillfällen. Det innebär att vissa personer — de som erhållit vård vid mer än ett tillfälle och de som under vårdperioden flyttats från ett hem till ett annat — är medräknade vid mer än ett tillfälle. Undersökningen omfattar 828 vårdtillfällen. Framställningen har kompletterats med vissa bakgrundsuppgifter hämtade ur den offentliga statistiken.

3.4.2 Kön, ålder, familjetyp, medborgarskap

Den typiske LVM-klienten är en manlig alkoholmissbrukare som är omkring 40 år gammal.

Kvinnliga missbrukare utgör omkring 20 procent av samtliga personer som erhållit vård enligt LVM år 1985. Andelen kvinnliga missbrukare har ökat sedan år 1982 då de utgjorde 14 procent.

Mer än hälften (62 procent) av LVM-klienterna är mellan 30 och 50 år. Den största enskilda åldergruppen är 30—39 år, där drygt en tredjedel av

klienterna återfinns. Åldersfördelningen för år 1985 framgår av tabell 3:10.

De kvinnliga LVM-klienterna är betydligt yngre än männen. 25 procent av kvinnorna, men bara 12 procent av männen, är yngre än 30 år. Drygt en fjärdedel av männen, men bara 11 procent av kvinnorna, är 50 år eller äldre.

Det finns ett samband mellan klienternas ålder och missbruksmedel, vilket framgår av tabell 3:11, där åldersfördelningen år 1986 redovisas för de olika missbrukargrupperna. Narkotika- och blandmissbrukarna är betydligt yngre än alkoholmissbrukarna. En fjärdedel av narkotikamissbrukarna är yngre än 25 år mot bara två procent av alkoholmissbrukarna. 40 procent av narkotikamissbrukarna är dock 30 år eller äldre.

De kvinnliga narkotikamissbrukarna är överrepresenterade i LVM vården i förhållande till sin andel av totala antalet tunga narkotikamissbrukare. År 1986 gjordes 71 intagningar enligt LVM av narkotikamissbrukare. Av dessa gällde 39 (55 procent) kvinnliga missbrukare. Enligt UNO var 24 procent av de tunga narkotikamissbrukarna kvinnor.

Få av de LVM-vårdade är gifta eller sammanboende. Närmare 90 procent var ensamstående år 1985.

Fem procent av LVM-klienterna saknade svenskt medborgarskap.

Tabell 3:10 LVM-klienternas ålder år 1985

Ålder	Totalt antal	%	Kvinnor antal	%	Män antal	%
–24	52	4	21	10	31	3
25–29	125	10	31	15	94	9
30–39	431	36	84	41	347	35
40–49	314	26	45	22	269	27
50–59	174	14	10	5	164	16
60–64	65	5	8	4	57	6
65–	40	3	4	2	36	4
Summa	1 201	98	203	99	998	100

Källa: SCB. Statistiken avser samtliga personer som under året varit föremål för insatser enligt LVM, dvs beslut om vård eller omedelbart omhändertagande.

Tabell 3:11 Missbruksmedel och ålder år 1986 (procent)

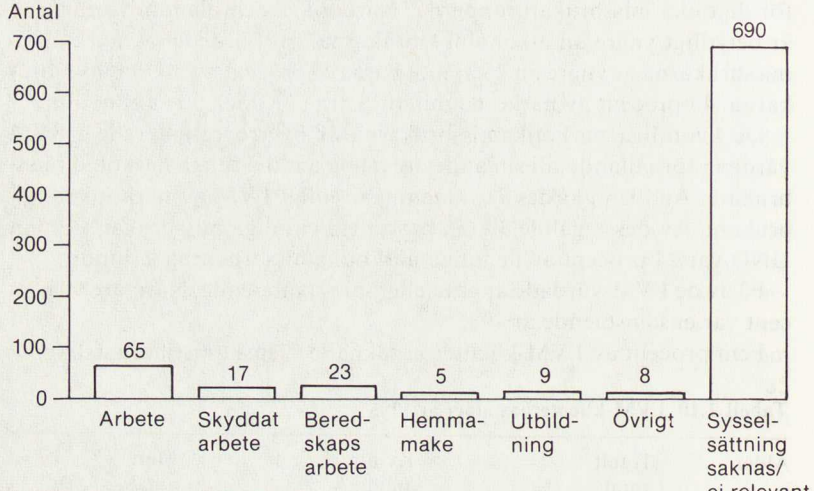
	Missbruksmedel:			
Ålder	Totalt N: 1 241	Alkohol-missbrukare N: 1 070	Narkotika-missbrukare N: 71	Blandmissbrukare N: 100
–24	4	2	27	11
25–29	10	7	34	30
30–39	35	34	37	46
40–49	26	29	3	11
50–59	15	18	0	0
60–64	5	6	0	1
65–	4	5	0	1
Summa	99	101	101	100

Källa: SCB

3.4.3 Den sociala situationen vid intagningen

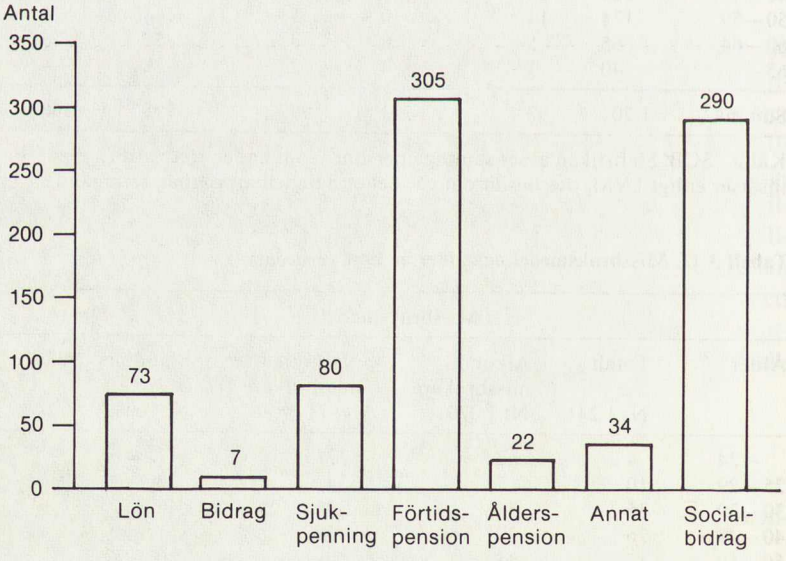
Beredningens enkät till LVM-hemmen innehåller uppgifter om de intagnas sysselsättningsförhållanden (figur 3:4), försörjningssituation (figur 3:5) och boendeförhållanden (figur 3:6) vid intagningen på LVM-hemmet.

Figur 3:4 Sysselsättningssituation vid intagningen på LVM-hemmet



N: 828 Antal svar: 817 Bortfall: 11

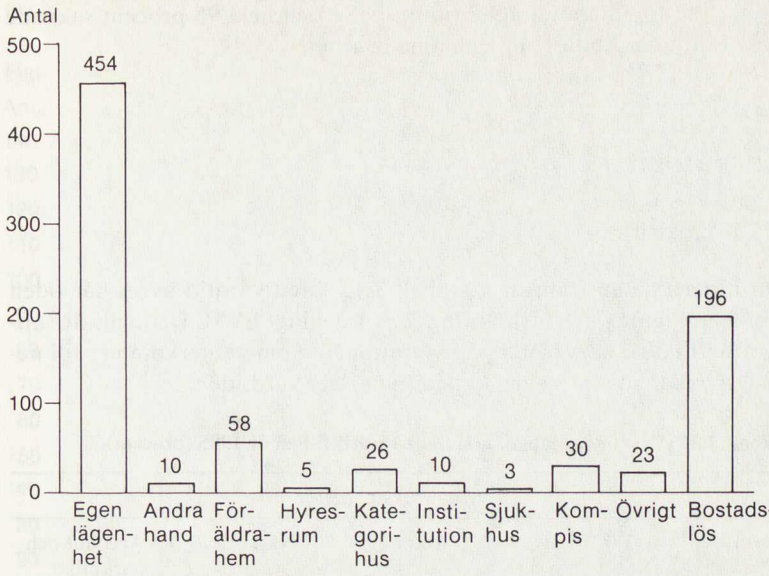
Figur 3:5 Försörjningssituation vid intagningen på LVM-hemmet



N: 828 Antal svar: 811 Bortfall: 17

Med kategorin bidrag avses t ex AMS-bidrag.

Figur 3:6 Boendesituation vid intagningen på LVM-hemmet



N: 828 Antal svar: 815 Bortfall: 13
Med kategorin institution avses olika typer av behandlingshem inom socialtjänsten.

Av figurerna framgår att LVM-klienterna hade en dålig social situation vid tidpunkten för intagningen till LVM-vården. De saknade i stor utsträckning arbete — de flesta försörjde sig genom socialbidrag eller förtidspension — och många var bostadslösa.

I 13 procent av fallen hade klienten någon form av arbete tiden närmast före intagningen. I 690 fall (84 procent) saknade klienten sysselsättning. 39 procent var förtids- eller ålderspensionärer och 44 procent saknade såväl sysselsättning som pension.

Förtidspension och socialbidrag dominerade helt som försörjningskällor. Socialbidrag var klientens huvudsakliga inkomst i ca 35 procent av fallen. I endast 73 fall (9 procent) hade klienten inkomst av arbete som huvudsaklig försörjningskälla vid intagningstillfället.

Drygt hälften av LVM-klienterna bodde i egna lägenheter. Men vid 196 vårdtillfällen (24 procent) saknade klienten bostad före intagningen. Andra bostadsalternativ var ovanliga. Det gällde även boende i kategorihus, dvs inackorderingshem och andra former av skyddat boende.

3.4.4 Narkotikamissbrukarna

Enkäten omfattar 87 vårdtillfällen där narkotika uppgavs vara det huvudsakliga missbruksmedlet. I majoriteten av dessa fall (86 procent) kom klienterna från Stockholms län.

Narkotikamissbrukarnas sociala situation var genomgående avsevärt sämre än hela gruppens. Andelen bostadslösa uppgick till 63 procent

jämfört med 24 procent av samtliga LVM-fall. 76 procent hade socialbidrag som dominerande försörjningskälla och hela 95 procent saknade sysselsättning. Endast en person hade arbete.

3.5 Vården

3.5.1 Vårdtiden

Vårdtidens längd framgår av tabell 3:12. Med vårdtid avses här tiden mellan intagning och utskrivning för vård enligt LVM. Detta måste skiljas från faktisk närvarotid på institutionen. Som vi återkommer till nedan, avviker en stor del av klienterna under vårdtiden.

Tabell 3:12 Vårdtidens längd, avslutade vårdtillfällen år 1985 (procent)

	Missbruksmedel:			
Vårdtid	Totalt	Alkohol	Narkotika	Alkohol och narkotika
	N: 1 262	N: 1 137	N: 36	N: 89
—30 dagar	8	8	17	4
31—60 dagar	18	18	11	20
61—90 dagar	45	46	31	36
91— dagar	29	28	42	39
Summa	100	100	101	99

Källa: SCB. Uppgifterna avser antalet personer. Antalet personer är lägre än antalet intagningar som redovisas i tabell 3:9. Där framgår t ex att missbrukare av narkotika blivit intagna till vård enligt LVM vid 49 tillfällen år 1985. Av ovanstående tabell framgår att det är 36 personer som svarar för dessa intagningar.

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

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

Den genomsnittliga vårdtiden minskade med tio dagar från år 1983 till år 1985. Antalet klienter med kortare vårdtid än en månad har ökat från 28 år 1983 till 103 år 1985, dvs en ökning från 3 till 8 procent. Andelen klienter med långa vårdtider, överstigande tre månader, har minskat något.

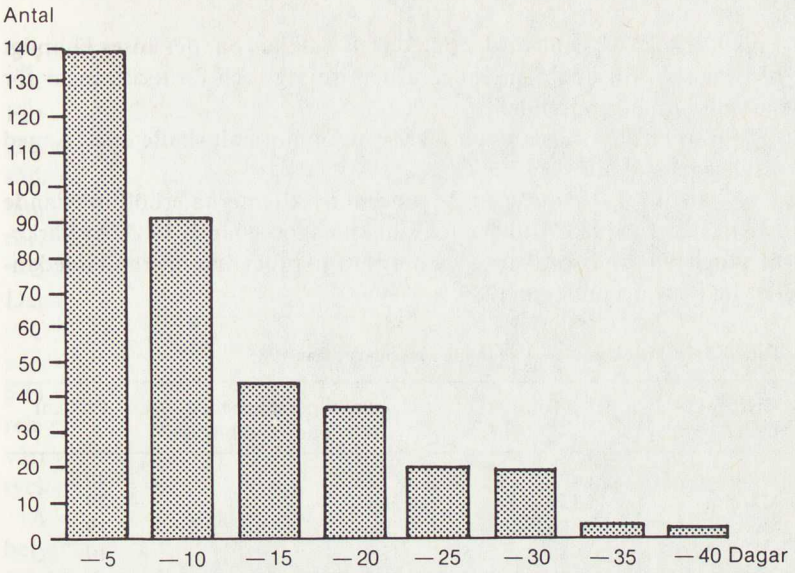
I omkring 30 procent av fallen fattas beslut om förlängning av vårdtiden. Från år 1983 till år 1985 minskade andelen förlängningar något.

3.5.2 Avvikningar

I närmare hälften av fallen hade klienten — enligt socialberedningens undersökning — avvikit från vården på LVM-hemmet. Frånvarotiderna

var som regel korta, men åtskilliga frånvaroperioder på två eller flera veckor förekom också (figur 3:7).

Figur 3:7 Avvikna grupperade efter avvikningstidens längd



N: 828 Antal avvikna: 366

De klienter som avvikit var i genomsnitt frånvarande från LVM-hemmet under 11 dagar. Narkotikamissbrukarna avvek oftare från vården (72 av 87) och hade genomsnittligt längre frånvarotid. De narkotikamissbrukare som avvikit från vården var i medeltal frånvarande under 17 dagar.

Att avvikningarna från vården är omfattande framgår också av SCB:s uppgifter för år 1985. Av samtliga personer som fått vård avvek 39 procent från vården vid något tillfälle. Av narkotikamissbrukarna avvek 67procent. Avvikningstidens längd, fördelad efter huvudsakligt missbruksmedel, framgår av tabell 3:13.

Tabell 3:13 Frånvarotid för dem som avvikit år 1985

Missbruks-medel	Totalt	1 dag %	2—7 dagar %	8—14 dagar %	15— dagar %
Samtliga	491	13	39	19	29
Alkohol	415	14	41	21	24
Narkotika	24	17	25	4	54
Alk + Nark	52	6	31	12	52

Källa: SCB. Avser personer med avslutade vårdtillfällen år 1985.

Frånvarotiden var högst en vecka för 52 procent av dem som avvikit. 29 procent var borta från vården minst 15 dagar. Narkotikamissbrukarna hade, även enligt denna statistik, längre frånvarotider. 54 procent av dem

var frånvarande minst 15 dagar. De kvinnliga narkotikamissbrukarna hade ännu något längre avvikningsperioder än männen.

3.5.3 Inledande sjukhusvård

Enligt 12 § LVM skall vården inledas på sjukhus om det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt och förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda.

I förarbetena förutsattes att LVM-vården normalt skulle inledas med vistelse på sjukhus.

Av tabell 3:14 framgår att 28 procent av klienterna erhöll inledande sjukhusvård år 1985. Andelen har sjunkit något sedan år 1983. Av narkotika- och blandmissbrukarna var det bara 19 procent som erhöll inledande sjukhusvård under år 1985.

Tabell 3:14 Förekomst av inledande sjukhusvård år 1985

Missbruks-medel	Totalt	Antal personer med inledande sjukhusvård	Procent
Samtliga	1 262	359	28
Alkohol	1 137	335	29
Narkotika	36	7	19
Alk + Nark	89	17	19

Källa: SCB. Avser personer med avslutade vårdtillfällen år 1985.

Av beredningens egen undersökning framgår att en del klienter får vård på sjukhus före intagningen utan att denna betraktas som en del av LVM-vården. Intagningen på LVM-hemmet hade i 41 procent av fallen föregåtts av vård på sjukhus. I omkring hälften av dessa var sjukhusvården en del av LVM-vården. Vård enligt LSPV förekom i mycket få fall.

I 38 procent av fallen uppgavs att klienten inte hade varit avgiftad vid inskrivningen på institutionen.

Av beredningens enkät till LVM-hemmen framgår också att hemmen i vissa fall ser sig tvingade att ta emot LVM-klienter som skulle behöva sjukhusvård men inte erhållit sådan före intagningen på hemmet. 16 av de 26 LVM-hem som besvarade frågan hade erfarenheter av denna situation. Sammanlagt rörde det sig om ungefär 60 personer som enligt hemmens bedömning skulle ha behövt men inte hade fått sjukhusvård.

3.5.4 Vård i annan form eller vistelse i eget hem

Enligt 15 § LVM bör den intagne, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, beredas tillfälle att lämna LVM-hemmet för att på försök vårdas i annan form eller vistas i eget hem.

År 1985 utnyttjades denna möjlighet enligt SCB i 248 fall, dvs i omkring en femtedel av samtliga. I de allra flesta av dessa (199 fall) rörde det sig då om vistelse i det egna hemmet. När en överflyttning skedde till vård i annan form var det oftast till vård på behandlingshem eller i familjehem.

Huvudskälet till att vård på försök utanför LVM-hemmet inte förekommer oftare är, enligt socialberedningens enkät till LVM-hemmen, att vårdtiden är för kort för att medge såväl vård på LVM-hemmet som vård enligt 15 § LVM.

3.5.5 Vård i hem för särskild tillsyn

För omhändertagna och vårdtagare som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall, enligt 18 § LVM, finnas hem som är avpassade för sådan tillsyn. På dessa s k § 18-hem är det tillåtet att hindra klienten att lämna hemmet och att i övrigt underkasta honom den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för att vården skall kunna genomföras.

22 procent av alla intagningar under år 1985 skedde till ett § 18-hem. Denna andel har i stort sett varit konstant sedan lagen infördes.

Omkring 30 procent av samtliga klienter vistas under någon del av vårdtiden på ett § 18-hem. En del klienter flyttas under vårdtiden från ett § 11-hem till ett § 18-hem. Beslut om överflyttning fattas av föreståndaren vid hemmet. Sådan överflyttning kan ske om den anses lämplig från vårdsynpunkt och den som förestår vården vid det andra hemmet samtycker till överflyttningen.

Av tabell 3:15 framgår att narkotikamissbrukarna vårdas på § 18-hem i betydligt större omfattning än alkoholmissbrukarna. Antalet narkotikamissbrukare vid § 18-hemmen skulle vara ännu fler om tillgången på platser var större. Som vi återkommer till i kapitel 13 är antalet platser på § 18-hem otillräckligt. Långtifrån alla som behöver vård vid § 18-institutioner kan erhålla sådan vård.

Tabell 3:15 Vård enligt § 18 LVM år 1985

Missbruks-medel	Totalt	Vård enligt § 18 Antal	Procent
Samtliga	1 262	362	29
Alkoholmissbrukare	1 137	305	27
Narkotikamissbrukare	36	22	61
Blandmissbrukare	89	35	39

Källa: SCB. Avser personer med avslutade vårdtillfällen år 1985.

3.6 Vårdens resultat

3.6.1 Inledning

Uppgifter om vårdens resultat finns inte med i den offentliga statistiken. Det föreligger få uppföljningsundersökningar av LVM-vården. Ur socialberedningens LVM-hemsenkät kan vissa uppgifter om klienternas situation vid utskrivningen hämtas. Några länsstyrelser, Östergötlands och Stockholms, har genomfört översiktliga uppföljningar av LVM-vårdade klienter upp till ett år efter avslutad vård. Dessa och ytterligare

några undersökningar kan belysa i vilken mån klienternas situation förändras i och med LVM-vården.

3.6.2 Klienternas situation vid utskrivningen

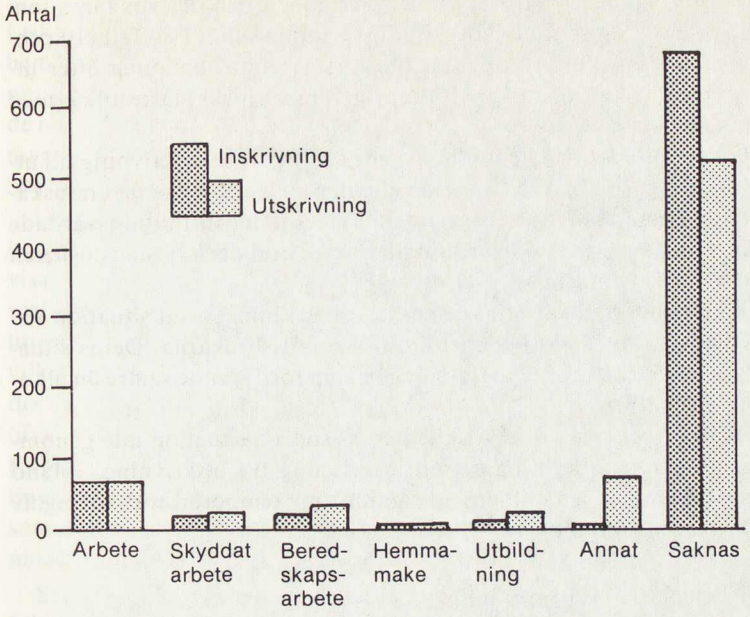
Klienterna lämnar i allmänhet LVM-hemmet i en klart förbättrad fysisk och psykisk kondition. För vissa uppnås emellertid inte ens detta mål. Sex av 60 utskrivna klienter från Östergötlands län år 1984 (Petterson, Karlsson 1986) var varken fysiskt eller psykiskt återställda vid utskrivningen. Av 35 uppföljda klienter från Stockholms län första kvartalet 1985 bedömdes åtta lämna LVM-hemmet utan att vara vid god hälsa. Detta berodde framför allt på avvikningar, missbruk på behandlingshemmet och vägran att deltaga i behandlingshemmets aktiviteter (Grufman 1987).

Socialberedningens enkät till LVM-hemmen innehåller uppgifter om klienternas sysselsättnings-, försörjnings- och bostadssituation efter LVM-vården. Uppgifterna är i de flesta fall lämnade i efterhand och grundar sig på LVM-hemmens personakter. Svarsfrekvensen är lägre när det gäller klienternas förhållanden vid utskrivningen än motsvarande uppgifter vid inskrivningen till vård. Detta avspeglar sannolikt en viss osäkerhet om vilken social situation klienterna kommer att hamna i efter utskrivningen.

Uppgifterna om klienternas förhållanden vid inskrivningen till LVM-vård har jämförts med förhållandena vid utskrivningen i figurerna 3:8 och 3:9.

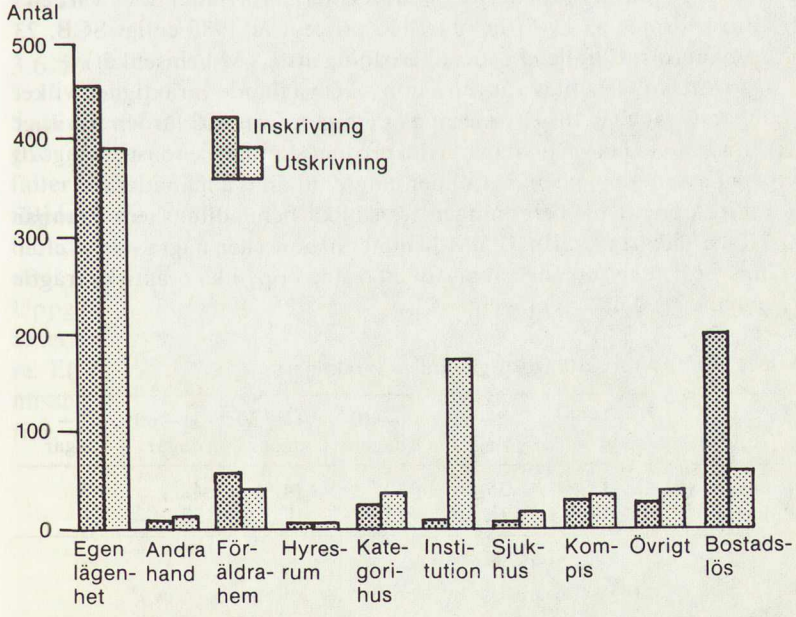
Totalt förefaller klienternas sysselsättningssituation ha förbättrats något. Det var något fler som skrevs ut till skyddat arbete och beredskapsarbete än som hade sådana sysselsättningar vid inskrivningen till hemmet. Framför allt skedde en kraftig minskning av antalet fall som saknade sysselsättning. Färre klienter var arbetslösa vid utskrivningen än vid inskrivningen. I 76 fall saknas uppgift om sysselsättningssituationen vid utskrivningen från hemmet. Även om samtliga dessa skulle hänföras till alternativet "sysselsättning saknas", kvarstår ändå att antalet som hade sysselsättning vid utskrivningen var 86 fler än vid inskrivningen.

Figur 3:8 Sysselsättning vid in- och utskrivning, samtliga LVM-fall



N: 828 Bortfall: Inskrivning 11 fall Utskrivning 76 fall

Figur 3:9 Boende vid in- och utskrivning, samtliga LVM-fall



N: 828 Bortfall: Inskrivning 13 fall Utskrivning 28 fall

Försörjningssituationen förbättrades något. Det var fler som försörjde sig genom inkomst av arbete vid utskrivningen och det var färre som hade socialbidrag som huvudsaklig försörjningskälla. I 84 fall (10 procent) saknas emellertid uppgifter om försörjningssituationen efter utskrivningen, vilket gör att uppgifterna om förändringar måste tolkas med särskild försiktighet.

Antalet bostadslösa klienter minskade kraftigt från inskrivning till utskrivning (figur 3:9). Även andelen klienter med egen lägenhet minskade. Båda dessa skillnader förklaras av att antalet institutionsvårdade ökade. För sju procent (55 vårdtillfällen) kvarstod dock bostadslösheten även vid utskrivningen.

Narkotikamissbrukarna hade en betydligt sämre social situation vid inskrivningen till LVM-hemmet än alkoholmissbrukarna. Deras situation var något bättre efter utskrivningen men fortfarande sämre än alkoholmissbrukarnas.

Huvudintrycket är att LVM-klienternas sociala situation inte genomgår några stora förändringar från inskrivning till utskrivning. Ibland tycks vården dock leda till en viss, åtminstone temporär, förbättring av missbrukarnas situation.

3.6.3 Fortsatt frivillig vård

Ett viktigt syfte med LVM-vården är att motivera till fortsatt frivillig vård. Socialnämnden har tillsammans med LVM-hemmet och den intagne ansvaret för att förbereda stöd- och hjälpinsatser efter det att LVM-vården har avslutats.

Det vanligaste är att institutionsvården avslutas när LVM-vårdtiden går ut. Omkring en fjärdedel av LVM-klienterna fortsätter dock vården i frivilliga former på LVM-hemmet (26 procent år 1985 enligt SCB, 23 procent av vårdtillfällena i socialberedningens LVM-hemsenkät).

Den fortsatta frivilliga vården har mycket växlande varaktighet, vilket framgår av tabell 3:16. 41 procent av dem som fortsatte vården frivilligt avslutade denna inom tio dagar. Åtta procent stannade endast en dag. 20 procent stannade på hemmet under längre tid än två månader.

Enligt uppgift till beredningen från olika behandlingshem, stannar åtskilliga klienter kvar på LVM-hemmet någon eller några dagar efter tvångsvårdstidens utgång enbart för att ordna upp olika praktiska frågor i samband med utskrivningen.

Tabell 3:16 Den fortsatta frivilliga vårdens varaktighet

		1 dag	2—5 dagar	6—10 dagar	11—30 dagar	31—60 dagar	61— dagar
Totalt	194	15	35	30	34	42	38
Procent	101	8	18	15	18	22	20

3.6.4 Uppnås målen för vården?

I socialberedningens LVM-hemsenkät fick personalen på behandlingshemmen bedöma om man ansåg att målet för vården av klienten hade uppnåtts. I en dryg tredjedel (37 procent) av antalet vårdtillfällen bedömde man att målen hade nåtts. I ungefär lika många fall (41 procent) ansåg man att så inte var fallet. I övriga fall ansåg man att frågan var omöjlig att besvara.

Uppgiften, som alltså är en bedömning gjord av personalen på LVM-hemmen, säger givetvis mycket lite om vårdens faktiska resultat, men visar att de förväntningar på vården som behandlingshemmen anser vara realistiska uppnås i lika många fall som de inte gör det. De olika behandlingshemmen har skilda mål och ambitioner med vården beroende på vilket behandlingsprogram och vilken typ av klienter som man företrädesvis arbetar med. Målet för LVM-behandlingen är enligt enkätsvaren oftast att klienten skall återhämta sig fysiskt och psykiskt, att han skall förbli nykter under institutionsvistelsen och att han skall delta i behandlingshemmets dagliga program. Därutöver har man i allmänhet också som mål att hjälpa klienten att reda ut olika konflikter med myndigheter, närstående och andra i hans omgivning.

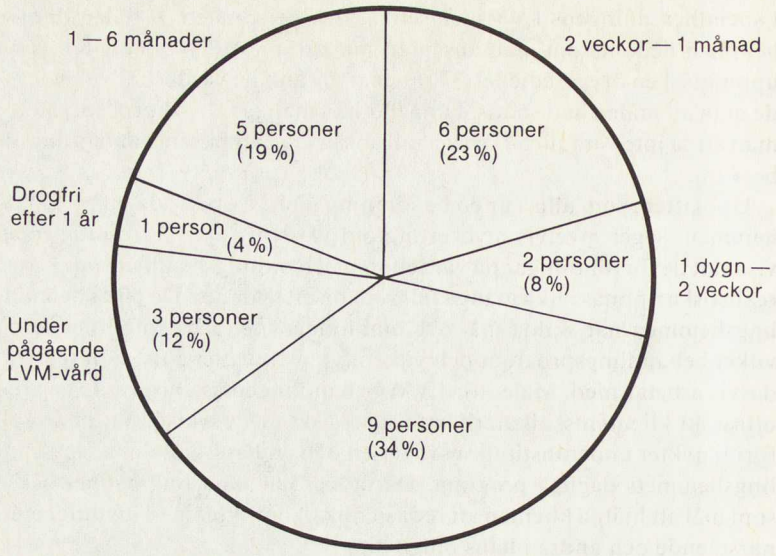
Svaren på frågan om målen hade nåtts har samband med hur lång tid klienten erhållit vård. För dem som hade en vårdtid överstigande två månader ansåg hemmen att målen hade nåtts i mer än 60 procent av fallen. Tendensen är att ju längre vården pågått desto högre är andelen fall där behandlingshemmet angav att målen hade nåtts.

För narkotikamissbrukarna var det ovanligare att målen bedömdes vara uppnådda. Personalen på institutionerna ansåg att målen hade nåtts i 22 procent av fallen.

3.6.5 Klienternas situation efter utskrivningen

Som nämnts lämnar LVM-klienterna i allmänhet behandlingshemmet i god fysisk och psykisk kondition. De positiva effekterna av vården förefaller dock inte kvarstå särskilt länge. I en studie (Bäckman m fl 1984) följdes 26 klienter vilka erhöll LVM-vård under år 1983. Man undersökte bland annat hur vanliga återfall i missbruk var och vid vilken tidpunkt efter vården de kom. I rapporten visas detta i ett diagram (figur 3:10). Uppgifterna om när missbruket återupptogs är hämtade ur klienternas akter vilket gör det troligt att återfallen i verkligheten kom ännu snabbare. Efter två veckor hade fler än hälften av klienterna återupptagit sitt missbruk. Efter en månad var mindre än en fjärdedel fortfarande drogfria.

Figur 3:10 Tidpunkt för återfall efter LVM-vård



Källa: Bäckman m fl 1984

Undersökningen är visserligen begränsad men bekräftas av andra uppföljningsstudier som redovisar i stort sett samma bild. Länsstyrelsen i Östergötlands län följde samtliga klienter som erhållit LVM-vård år 1984. Uppföljningen omfattade totalt 60 klienter som erhållit vård enligt LVM år 1984. Av dessa hade dock tio personer avlidit under tiden fram till uppföljningen. Två månader efter avslutad vård hade 40 av de återstående 50 återupptagit missbruket i oförändrad omfattning. Åtta personer hade minskat sin konsumtion och två hade i stort sett upphört med missbruket. Ett år efter LVM-vården var situationen i huvudsak oförändrad.

Länsstyrelsen i Stockholms län har gjort en motsvarande undersökning (Grufman 1987) med liknande resultat. Uppföljningen omfattar 43 klienter. Av dessa hade 30 personer två månader efter LVM-vården en missbrukssituation som var oförändrad jämfört med tiden före intagningen. Nio personer hade minskat sitt missbruk medan tre personer hade en värre missbrukssituation än tidigare. En av de vårdade hade upphört med missbruket. Ett år efter den första LVM-vårdperioden hade samtliga utom två återgått till sitt tidigare missbruksbeteende.

Även den sociala situationen i övrigt är dålig ett år efter LVM-vården. Av Östergötlands 50 klienter saknade 16 egen bostad efter ett år. Socialbidrag och pension var de dominerande försörjningskällorna. Endast tre personer arbetade.

Förhållandena i Stockholm var likartade. 18 av de 43 klienterna saknade bostad ett år efter LVM-vården. Socialbidrag (12 personer) och pension (23 personer) dominerade som försörjningskällor. Endast två klienter hade inkomst av anställning.

3.6.6 Socialtjänstens kontakt med LVM-klienterna

Socialtjänsten har enligt 14 § LVM ett ansvar för uppföljningen av vården. Det ingår även i socialtjänstens uppgifter att hålla kontakt med den intagne för att förbereda utskrivningen.

I allmänhet har klientens socialsekreterare i hemkommunen kontakt med honom under vårdtiden. Ibland förekommer emellertid inga kontakter. Enligt de tidigare nämnda uppföljningsstudierna av LVM-vårdade i Östergötlands och Stockholms län sker kontakten enbart per telefon i ett förhållandevis stort antal fall.

Det stora flertalet klienter har kontakt med socialtjänsten efter LVM-vården. I Östergötlands-studien hade mer än hälften av klienterna kontakt med sin socialsekreterare minst en gång i veckan. I Stockholm var motsvarande andel omkring en tredjedel.

Vid en jämförelse mellan tiden före och tiden efter LVM-vården var förhållandet mellan socialsekreterare och klient enligt dessa båda undersökningar i stort sett oförändrat. Tvångsingripandet hade inte inneburit att kontakten försämrats annat än i ett fåtal fall. Det var lika vanligt att kontakten förbättrats som att den hade blivit sämre.

LVM-klienternas situation framstår som mycket mörk. Det sker dock förbättringar för vissa. Nio av de 50 klienterna i Östergötland bedömdes ha genomgått en positiv utveckling. Gemensamt för dessa nio var att hemkomsten från behandlingshemmet hade varit väl förberedd. De hade också i högre grad erhållit stöd och hjälp av socialtjänsten.

3.7 Sammanfattning

Tvångsvården av vuxna missbrukare minskade kraftigt i omfattning när LVM infördes år 1982, trots att LVM till skillnad från nykterhetsvårdslagen omfattar även narkotikamissbrukare. Efter år 1982 har antalet tvångsintagningar återigen ökat, men fortfarande (1986) är antalet personer som någon gång under året är intagna för tvångsvård mindre än hälften av vad det var år 1981, nykterhetsvårdslagens sista år.

År 1985 gjordes 2 958 anmälningar om LVM-vård till länsstyrelserna. Mer än hälften av dessa anmälningar avskrevs av länsstyrelserna, dvs de resulterade inte i ansökan om vård hos länsrätten. Det viktigaste skälet till att anmälningarna avskrivs är att vårdbehovet anses kunna tillgodoses genom vård i frivilliga former.

90 procent av de 1 367 ansökningar om LVM-vård som prövades av länsrätterna, bifölls.

Många missbrukare återkommer för vård eller omedelbara omhändertaganden enligt LVM, ibland flera gånger under samma år.

Omkring en fjärdedel av vårdbesluten föregås av omedelbara omhändertaganden enligt 8 § LVM. Antalet omedelbara omhändertaganden varierar starkt mellan kommunerna.

För majoriteten av de LVM-vårdade är alkohol det huvudsakliga missbruksmedlet. Av tvångsintagningarna under år 1986 avsåg 14 procent narkotika- eller blandmissbrukare. Denna andel har ökat kraftigt sedan

år 1982, då den var fem procent. Drygt 85 procent av de LVM-vårdade narkotikamissbrukarna kommer från Stockholms län.

Missbruk av läkemedel är vanligt bland LVM-klienterna. Omkring en fjärdedel missbrukar sådana preparat, vid sidan av det huvudsakliga missbruksmedlet.

Majoriteten av klienterna är mellan 30 och 50 år gamla. Omkring 85 procent är män. Narkotikamissbrukarna är genomsnittligt betydligt yngre än alkoholmissbrukarna. En fjärdedel av narkotikamissbrukarna var år 1986 yngre än 25 år, mot bara två procent av alkoholmissbrukarna.

Den genomsnittliga vårdtiden enligt LVM var 73 dagar under år 1985. I omkring 30 procent av fallen fattas beslut om förlängning av vårdtiden enligt 16 § LVM.

Nästan hälften av LVM-klienterna avviker vid minst något tillfälle från LVM-hemmet. Oftast är klienten frånvarande en vecka eller kortare tid, men närmare 30 procent av dem som avvek under år 1985 var borta från LVM-hemmet under 15 dagar eller mer. Narkotikamissbrukarna avviker från LVM-hemmen i högre utsträckning än alkoholmissbrukarna och har längre frånvarotid. Nästan 70 procent av narkotikamissbrukarna avvek från LVM-vården vid minst något tillfälle under år 1985.

LVM-vården inleddes med sjukhusvård i 28 procent av fallen under år 1985. Av narkotika- och blandmissbrukarna var det bara 19 procent som erhöll inledande sjukhusvård detta år.

Den möjlighet som LVM ger till försöksvis vård i annan form eller vistelse i det egna hemmet utnyttjas i ca 20 procent av fallen. Som regel rör det sig då om vistelse i eget hem.

Omkring 30 procent av LVM-klienterna vistas under åtminstone någon del av vårdtiden på ett s k hem för särskilt noggrann tillsyn (§ 18-hem). För narkotikamissbrukarna är motsvarande andel drygt 60 procent.

Klienternas situation vid intagningen till LVM-hemmet är i allmänhet dålig. Flertalet saknar arbete, många är bostadslösa och de flesta försörjer sig genom socialbidrag eller förtidspension. Vid utskrivningen tenderar klienternas situation att ha förbättrats något. Som regel lämnar klienten LVM-hemmet i god fysisk och psykisk kondition. Prognosen på längre sikt är emellertid dålig, enligt olika uppföljningsstudier.

4 Resurser för missbrukarvård

4.1 Inledning

Ansvaret för vård och behandling av missbrukare ligger främst på socialtjänsten och sjukvården. I huvudsak gäller att socialtjänsten skall svara för den långsiktiga rehabiliteringen och andra stöd- och hjälpinsatser. Sjukvården har ansvaret för avgiftning och behandling av psykiska komplikationer till missbruk samt vissa rehabiliteringsinsatser när missbruket kan ses som en följd av en psykisk störning. Därtill kommer att sjukvården har att svara för rent medicinska insatser.

Även inom kriminalvården bedrivs vissa verksamheter som syftar till rehabilitering av missbrukare. Detta sker främst genom att kriminalvården använder sig av sjukvårdens eller socialtjänstens ordinarie resurser men i viss utsträckning också i kriminalvårdens egen regi.

4.2 Den öppna socialtjänstens arbete med missbrukare

En betydande del av socialtjänstens arbete med missbrukare sker inom ramen för den reguljära socialtjänstorganisationen; på socialbyråer, sociala servicecentraler etc. Arbetet bedrivs i stor utsträckning integrerat, dvs i en organisation där socialsekreterarna förväntas ha breda kunskaper och kan handlägga alla förekommande ärenden inom det fält som brukar kallas individ- och familjeomsorg.

Denna utveckling påbörjades redan på 1960-talet då många kommuner övergick till att arbeta i enlighet med den s k familjevårdsprincipen.

Det finns ingen statistik som gör det möjligt att uttala sig om omfattningen av socialtjänstens kontakter med missbrukare efter år 1982 då socialtjänstreformen genomfördes. Däremot finns det uppgifter som ger en bild av utvecklingen under de år arbetet reglerades enligt nykterhetsvårdslagen. Av dessa framgår att antalet ärenden enligt den lagen nådde en topp år 1961 då drygt 86 000 ärenden registrerades. Därefter minskade, med vissa variationer, antalet ärenden successivt och uppgick år 1981 till drygt 53 000. Därtill kommer att såväl andelen som antalet fall där hjälp- eller tvångsåtgärder sattes in minskade kraftigt under samma period.

Det är emellertid svårt att använda denna statistik som underlag för bedömningen av antalet missbrukare inom den öppna socialvården. Utvecklingen har troligen till stor del sin förklaring i att det från 1960-talets mitt växte fram arbetsformer vid sidan av de i lagstiftningen reglerade. Socialarbetarna kom alltmer att arbeta med klienter som inte var formellt registrerade som ärenden enligt nykterhetsvårdslagen. En liknande utveckling skedde på barn- och ungdomsområdet. Den minskning av antalet nykterhetsvårdsärenden som redovisas i statistiken behöver därför inte betyda att antalet missbrukare i kontakt med den öppna socialvården i realiteten minskade.

Det går sålunda inte att dra några säkra slutsatser om socialvårdens kontakter med missbrukarna vare sig under de år socialtjänstreformen förbereddes eller efter det att den genomförts. Däremot förefaller det rimligt att anta att antalet missbrukare som var föremål för någon form av insats från socialvårdens sida under 1970- och början av 1980-talet var betydligt fler än vad som framgår av den officiella statistiken.

Till bilden hör också att den sektor inom det sociala området som är inriktad på individ- och familjeomsorg har expanderat kraftigt under de senaste två decennierna. Expansionen har fortsatt under de år socialtjänstlagen varit i kraft. Enligt uppgifter från kommunförbundet uppgick antalet socialsekreterare inom individ- och familjeomsorgsområdet till 4 093 (omräknat till helårsbefattningar) år 1982. Fyra år senare, dvs år 1986, hade antalet ökat till 5 215, dvs en ökning med 25 procent.

Som konstaterats i kapitel 1 har antalet tunga missbrukare inom socialtjänsten med stor sannolikhet ökat under de senaste decennierna. Samtidigt har alltså även resurserna inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg ökat kraftigt. Det är emellertid, som framgått ovan, inte möjligt att ange hur stor del av resurserna som avsatts för missbruksarbetet. Mycket tyder på — som utvecklas i kapitlen 5 och 7 — att utrymmet för arbetet med de tunga missbrukarna har minskat.

Under senare år har många kommuner genomfört förändringar av socialtjänstens basorganisation i syfte att utveckla mer specialiserade insatser för olika grupper, bl a för arbetet med missbrukarna (se vidare avsnitten 5.6 och 7.7).

Många kommuner har också utvecklat olika former av specialiserade resurser för missbruksarbetet utanför socialkontoren. Exempel på sådana verksamheter ges i avsnitt 5.6.

Även personal verksam inom hemtjänsten kommer i ökande omfattning i kontakt med de tunga missbrukarna och utgör en viktig resurs i det långsiktiga arbetet. På många håll har hemtjänsten inrättat särskilda grupper eller team som är specialiserade på arbetet med missbrukare.

4.3 Alkoholpolikliniker

Det finns i dag ca 160 alkoholpolikliniker. De första tillkom i slutet av 1940-talet. Utbyggnaden skedde i snabb takt från mitten av 1950-talet och fortsatte under 1960-talet.

Den snabba utbyggnaden av verksamheten kan delvis ses som ett led i

den satsning på öppna vårdformer som skedde i samband med tillkomsten av 1954 års nykterhetsvårdslag. Men utbyggnaden måste också ses mot bakgrund av alkoholmissbrukarnas svårigheter att få sina medicinska vårdbehov tillgodosedda inom den ordinarie sjukvården. Alkoholpoliklinikerna hade från början en medicinsk inriktning.

Kommunernas möjligheter att erhålla statsbidrag för verksamheten från år 1954 torde också ha haft stor betydelse för utvecklingen.

Alkoholpoliklinikerna var från början inriktade på att vara en resurs för de missbrukare som hade kvar sin sociala förankring och befann sig i tidiga skeden av missbruket. I praktiken kom emellertid en mycket stor del av resurserna att tas i anspråk för medicinska och andra insatser för socialt utslagna missbrukare.

Från 1970-talet har utvecklingen emellertid inneburit en långsam men stadig förskjutning av tyngdpunkten i arbetet såväl vad avser behandlingsinnehåll som målgrupper för verksamheten. Den medicinska inriktningen har tonats ned. Socialkurativa, psykoterapeutiska och utåtriktade insatser har tillmätts allt större betydelse. Denna utveckling underlättades av en förändring av statsbidragsreglerna år 1983 som gjorde det möjligt att omvandla läkar- och sjuksköterskетjänster till tjänster med social och/eller psykologisk inriktning.

Åtskilliga alkoholpolikliniker har kommit att bli viktiga resurser för missbrukare i tidiga skeden av missbruket. Men på många håll har alkoholpoliklinikerna fortfarande en omfattande kontakt med de socialt utslagna missbrukarna.

Enligt en undersökning som gjordes i början av 1970-talet uppskattades antalet patienter som år 1972 var aktuella på alkoholpoliklinikerna till 50 000 (Socialstyrelsen redovisar 1974:39).

Någon motsvarande undersökning har inte gjorts sedan dess. Enligt socialstyrelsens bedömning har emellertid antalet besökare vid alkoholpoliklinikerna troligen inte ökat under det senaste decenniet, trots att nya alkoholpolikliniker har tillkommit. Skälet till detta är att verksamheten vid många av poliklinikerna har ändrat karaktär. De socialkurativa och psykoterapeutiska insatserna tar mer av personalens tid i anspråk än de medicinska som utgjorde tyngdpunkten i arbetet i början av 1970-talet.

I samband med förändringarna av statsbidragssystemet år 1986 (se avsnitt 4.8) upphörde det särskilda bidraget till alkoholpoliklinikerna. Det är för tidigt att dra några slutsatser om vilka konsekvenser de nya reglerna kan få för verksamheten vid alkoholpoliklinikerna på sikt.

4.4 Öppen narkomanvård

I 47 av landets kommuner finns numera en eller flera särskilda öppenvårdsenheter för narkotikamissbrukare. Flertalet av dessa har primärkommunal huvudman. De kallas ofta narkomanvårdsbaser men även andra benämningar förekommer; rådgivningsbyråer, behandlingsgrupper etc.

De första öppenvårdsenheterna inrättades i slutet av 1960-talet i Stockholm. Verksamheten byggdes ut efter hand. Denna möjliggjordes genom

att ett särskilt statsbidrag till driften av s k vårdcentraler för narkotikamissbrukare inrättades år 1968.

Utbyggnaden var ända fram till mitten av 1980-talet koncentrerad till storstadsregionerna. När statsbidragssystemet ändrades år 1986 fanns 31 statsbidragsberättigade vårdcentraler för narkotikamissbrukare, varav 27 i kommuner i storstadsregionerna.

Därefter har utbyggnaden fortsatt i rask takt. Under budgetåret 1986/87 har nya öppenvårdsenheter för narkotikamissbrukare tillkommit i 18 kommuner, samtliga utanför storstadsregionerna. Ytterligare sex kommuner kommer att inrätta sådana enheter under år 1987. 23 av dessa 24 kommuner har fått statsbidrag för verksamheten genom de medel som riksdagen har anslagit för insatser mot AIDS. Dessa medel har också använts för förstärkningar av resurserna inom den befintliga öppna narkomanvården i nio kommuner. Medel ur anslaget har också anvisats till pågående eller planerade länsprojekt inom narkomanvårdsområdet i 22 län.

Öppenvårdsenheterna tillkom i ett skede när narkotikamissbruket började uppfattas som ett allvarligt samhällsproblem. När utbyggnaden påbörjades såg man det som ett sätt att lösa ett akut problem. Narkotikamissbrukarna uppfattades som en besvärlig vårdtagargrupp som ställde vården inför problem som man inte hade beredskap att möta. Samvård av alkohol- och narkotikamissbrukare sågs inte som en generellt framkomlig väg. Alkohol- och narkotikamissbrukarna uppvisade stora olikheter både med avseende på ålder och behandlingsbehov. Ambitionen var emellertid att på sikt finna modeller för integrerade vårdarrangemang.

Numera råder det dock relativt bred enighet om behovet av en specialiserad öppen narkomanvård vid sidan av det arbete som bedrivs inom ramen för den reguljära socialtjänstverksamheten. AIDS-epidemin bland narkotikamissbrukarna har dessutom bidragit till att intresset för denna vårdform ökat under senare tid.

Utvecklingen under senare år har i hög grad kännetecknats av en omorientering av verksamheten. Bakom denna ligger ambitionen att nå fler narkotikamissbrukare med erbjudanden om vård och behandling. Öppenvårdsenheterna har bl a sökt former för en närmare samverkan med socialförvaltningarnas övriga verksamhet samt med kriminalvården (se avsnitt 7.3.4). Den uppsökande verksamheten har tillmätts allt större betydelse i arbetet.

4.5 Behandlingshem och familjevård för missbrukare

4.5.1 Behandlingshem

Det finns för närvarande omkring 250 behandlingshem för vuxna alkohol- och narkotikamissbrukare med sammanlagt ca 4 200 platser.

33 av dessa är LVM-hem med sammanlagt 1 303 platser. Ett 30-tal av dessa platser används uteslutande för vård av narkotikamissbrukare. De övriga finns på hem som kan disponeras för tvångsvård av alkoholmiss-

brukare. Det förekommer emellertid i viss utsträckning att narkotikamissbrukare bereds vård enligt LVM vid dessa hem.

De övriga behandlingshemsplatserna, dvs omkring 2 900, finns på hem som uteslutande arbetar med klienter som sökt sig frivilligt till vården.

Därutöver finns det drygt 1 700 platser på institutioner som traditionellt brukar betecknas som inackorderingshem för alkoholmissbrukare.

De frivilliga behandlingshemmen har från slutet av 1960-talet, då den specialiserade narkomanvården började byggas upp, delats in i en vårdsektor för alkoholmissbrukare och en för narkotikamissbrukare. Gränserna mellan dessa båda vårdsektorer är emellertid numera inte särskilt skarpa. På behandlingshemmen för alkoholmissbrukare finns också många blandmissbrukare och i viss utsträckning även personer som huvudsakligen missbrukar narkotika. Inslaget av blandmissbrukare är betydande även på behandlingshemmen för narkotikamissbrukare.

Det är därför svårt att skilja ut behandlingshemmen för alkoholmissbrukare från dem för narkotikamissbrukare. Beredningens egen kartläggning har emellertid visat att drygt 1 000 av platserna vid de frivilliga behandlingshemmen finns på hem som huvudsakligen är avsedda för narkotikamissbrukare. De övriga, dvs knappt 1 900 platser, kan enligt motsvarande definition betecknas som hem för alkoholmissbrukare.

Därtill kommer att det finns 18 behandlingshem, med sammanlagt drygt 260 platser, för unga narkotikamissbrukare. Dessa hem, av vilka flertalet brukar kallas Hasselakollektiv, tar nästan uteslutande emot ungdomar som bereds vård med stöd av LVU.

Under 1970- och 1980-talen har det, som vi återkommer till i kapitel 13, skett en kraftig minskning av de platser som kan disponeras för tvångsvård av missbrukare.

Under samma period har den frivilliga institutionssektorn expanderat kraftigt. Expansionen har framför allt skett inom narkomanvårdsområdet. De första behandlingshemmen för narkotikamissbrukare tillkom i slutet av 1960-talet. Då inrättades också ett särskilt statsbidrag i syfte att stimulera utbyggnaden av såväl den öppna som den slutna narkomanvården. Utbyggnaden pågick under hela 1970-talet. Den 31 december 1982, då det dåvarande statsbidraget avvecklades, fanns det 35 hem med sammanlagt 440 platser. Därutöver fanns ytterligare sammanlagt 322 platser som tillkommit utanför statsbidragssystemet (Ds S 1984:11). Under de drygt fyra år som gått sedan dess har ytterligare ca 500 platser tillkommit.

En viss utbyggnad har också skett inom institutionssektorn för alkoholmissbrukare. Denna har främst bestått i en utbyggnad av sådana behandlingshem som är avsedda för missbrukare som har kvar sin sociala förankring.

Det är framför allt den enskilt drivna vården som har svarat för tillväxten. Närmare 2 200 av de 2 900 behandlingshemsplatserna inom den frivilliga institutionssektorn finns på hem som drivs av stiftelser eller enskilda, vilket motsvarar ca 75 procent. Sålunda drivs numera endast 25 procent av de frivilliga behandlingshemmen av primär- eller landstingskommuner.

Stiftelser och enskilda dominerar i ännu högre grad i fråga om de s k Hasselakollektiven. Omkring 85 procent av platserna vid kollektiven drivs av stiftelser och enskilda.

Utvecklingen inom den institutionssektor som huvudsakligen arbetar med alkoholmissbrukare har under senare år fått en alltmer behandlingsorienterad inriktning. Detta avspeglas bl a i krympande resurser inom den sektor som kan sägas ha en omvårdnadsinriktning och en tillväxt av den som arbetar med rehabilitering som mål för verksamheten. Detta har också inneburit att resurserna i större utsträckning än vad som var vanligt tidigare har kommit att inriktas på missbrukare som har kvar sin sociala förankring och andra grupper som bedöms kunna tillgodogöra sig en rehabiliterande behandling. Beredningen återkommer till utvecklingen inom institutionsvården i avsnitt 5.8.

Utvecklingen inom institutionssektorn för narkotikamissbrukare har också kännetecknats av en omorientering av behandlingsinnehållet under senare år.

De första behandlingshemmen arbetade efter de principer som kännetecknar miljöterapin/det terapeutiska samhället. Impulserna hämtades bl a från Henderson Hospital i London, där den miljöterapeutiska behandlingsformen utvecklats av Maxwell Jones. Denna inriktning av verksamheten fick också stöd i narkomanvårdskommitténs slutbetänkande (SOU 1969:52), där gruppterapi och miljöterapi sågs som en framkomlig väg vid behandling av narkotikamissbrukare.

Under 1970-talet utvecklades inom ungdomsvården en alternativ behandlingsmodell, den s k Hasselapedagogiken. Den tillkom delvis i opposition mot den miljöterapeutiska inriktningen. Tyngdpunkten i den s k Hasselapedagogiken låg på utbildning, fostran och social träning. Det s k medlevarskapet, dvs att vuxna och ungdomar delar arbete och fritid, var ett annat centralt inslag.

Från mitten av 1970-talet har skillnaderna mellan de miljöterapeutiska behandlingshemmen och Hasselakollektiven tonats ned. Den främsta förklaringen till detta är att många av behandlingshemmen för vuxna narkotikamissbrukare har utvecklat behandlingsmetoder som liknar Hasselakollektivens.

I en preliminär rapport om en studie av behandlingsinnehållet inom den institutionella narkomanvården (Bergmark m fl 1986) konstaterar författarna att man fortfarande kan tala om två behandlingsinriktningar på en ideologisk nivå — en "terapeutisk" och en "fostrande". I fråga om behandlingsinnehållet är det emellertid inte några stora skillnader mellan dessa båda riktningar. En annan iakttagelse är att behandlingshemmen har utvecklat s k fasprogram. Man talar om en första fas då attityder och beteenden bearbetas, en andra fas av känslobearbetning och slutligen om en utslussningsfas. I den sista fasen är bearbetningen av den sociala situationen en viktig del av behandlingen.

4.5.2 Familjevård

Familjevård för alkoholmissbrukare har förekommit i många år. Numera finns sådan vård framför allt i Stockholms och Göteborgs kommuner.

Familjevården svarar emellertid för en mycket liten andel av den totala vården av alkoholmissbrukare.

Familjevård för narkotikamissbrukare förekommer inom ramen för ett antal mindre enheter, som arbetar speciellt med familjevård för vuxna missbrukare. Sådana enheter förekommer i tre former.

En form innebär att familjemedlemmarna arbetar mer eller mindre yrkesmässigt utan att vara anställda av någon myndighet eller institution. Hemmen tar ofta emot tre-fem placeringar samtidigt. De flesta tar enbart emot barn och ungdomar, men några tar också emot vuxna.

Den andra formen utgörs av s k kontrakterade familjehem. Den innebär att en kommun eller ett landsting kontrakterar ett familjehem och garanterar en viss minimiinkomst, oavsett om det har någon klient eller ej. I gengäld åtar sig hemmet att ta emot de missbrukare som kommunen vill placera där.

Den tredje formen innebär att ett antal hem slår sig samman i ett samarbetsprojekt och anställer personer som sköter administration, placeringar, stöd till familjer och klienter samt myndighetskontakter. Familjevård av denna typ finns på flera håll i landet.

Utöver dessa tre former prövas familjevård också i anslutning till olika narkomanvårdsenheter i bl a Södertälje och Göteborg. Det finns också en del försöksprojekt av mindre omfattning med sådan inriktning.

4.6 Sjukvården

4.6.1 Bakgrund

Omfattningen av den sjukvårdskonsumtion som är relaterad till alkoholskador är osäker. I den svenska debatten har på senare år angetts siffror som pekar på att ända upp till 30—40 procent av det totala sjukvårdsutnyttjandet skulle ha samband med alkoholkonsumtion. Osäkerheten i siffrorna är mycket stor och sannolikt har det funnit en tendens till överdrifter i dessa påståenden (Socialstyrelsen redovisar 1987:5).

Andelen alkoholrelaterat sjukvårdsutnyttjande varierar starkt mellan olika delar av sjukvården. I Sverige har under senare år ett stort antal studier utförts som belyser alkoholmissbrukarnas sjukvårdsefterfrågan. Undersökningarna visar att belastningen av alkoholbetingad sjukvård är störst inom den psykiatriska vården.

Även inom kroppssjukvården upptas emellertid en stor del av resurserna av alkoholrelaterade sjukdomstillstånd.

4.6.2 Psykiatrin

Den psykiatriska vården spelar en stor och under senare år växande roll i vården av missbrukare.

Det finns statistik över utskrivningar med diagnoserna alkoholpsykos och alkoholism från den slutna psykiatriska vården för åren 1962—1983. Uppgifter för åren 1971 och 1972 saknas.

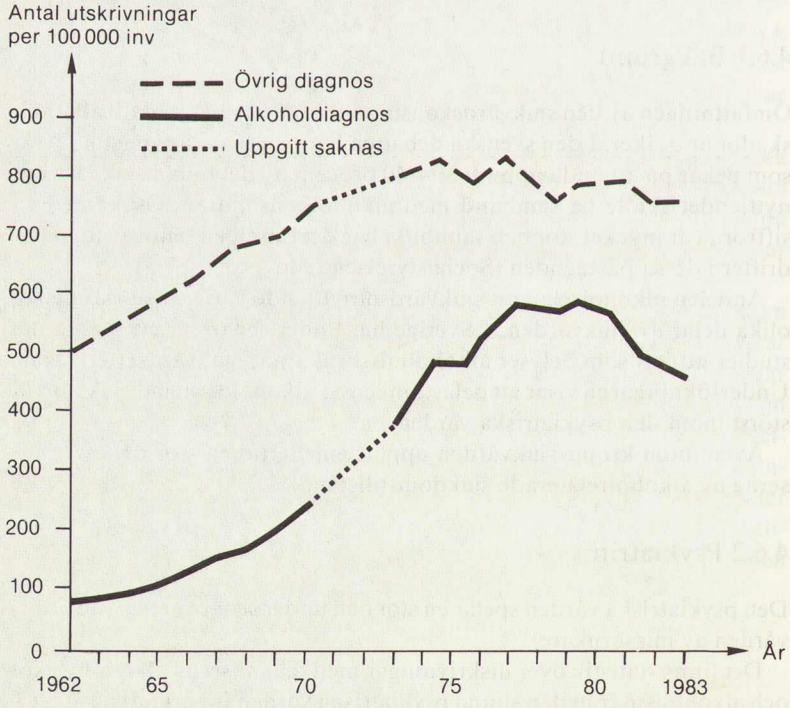
Antalet utskrivningar med diagnosen alkoholpsykos har varit relativt litet och oförändrat under perioden.

Utskrivningar med diagnosen alkoholism har däremot ökat kraftigt, från 61 utskrivningar per 100 000 invånare år 1962 till 565 år 1979. Detta innebär en drygt niofaldig ökning sedan år 1962. En viss nedgång kan konstateras efter år 1979. År 1980 uppgick antalet utskrivningar per 100 000 invånare till 561 och år 1983 till 429.

Ökningen av de alkoholrelaterade diagnoserna är också stor vid en jämförelse med antalet utskrivningar med andra diagnoser (figur 4:1).

De alkoholrelaterade diagnoserna ökade från 13 procent av de totala utskrivningarna år 1962 till 49 procent år 1979. I faktiska tal innebär detta en ökning från 5 547 utskrivningar år 1962 till 42 553 år 1979. Därefter har det emellertid skett en minskning. År 1983 uppgick andelen utskrivningar till 36 procent eller 36 960. Man har även kunnat notera en viss minskning av det antal vårdtillfällen och vårddagar som kan hänföras till personer med alkoholdiagnos.

Figur 4:1 Utskrivningar per 100 000 invånare från sluten psykiatrisk vård av alkoholrelaterade diagnoser och övriga diagnoser



Källa: SCB. Uppgifter saknas för åren 1971 och 1972.

Socialstyrelsen bedömer att ökningen av antalet utskrivningar med alkoholrelaterade diagnoser under 1970-talet kan ha påverkats av följande faktorer (Socialstyrelsen redovisar, 1987:5):

- kortare medelvårdtider
- läkares benägenhet att i större utsträckning ställa alkoholrelaterade diagnoser samt
- en förmodad överströmning av personer med missbruksproblem från socialtjänsten till den slutna psykiatriska vården.

En delförklaring till den minskning som skett under 1980-talet antas vara att intagningskriterierna skärpts inom den slutna psykiatriska vården.

Den psykiatriska vården spelar en viktig roll även i vården av narkotikamissbrukarna. Andelen utskrivningar med diagnosen narkomani utgjorde år 1969 strax över 3 procent av det totala antalet utskrivningar, vilket i faktiska tal motsvarar 2 359 av totalt 76 095 utskrivningar. Andelen har varit relativt stabil under 1970- och 1980-talet. Även år 1983 var andelen utskrivningar under denna diagnos 3 procent eller i absoluta tal 3 067. Narkotikamissbrukarna har, i likhet med alkoholmissbrukarna, i allmänhet korta vårdtider.

Socialstyrelsen har följt de klienter som skrivits ut från psykiatrisk vård under år 1973 med alkohol- eller narkomanidiagnos och följt gruppens vårdkonsumtion inom psykiatrin fram till år 1978 (Socialstyrelsen redovisar 1985:4). Under de sex åren var det genomsnittliga antalet vårdtillfällen per person drygt sju. För dem som vårdades under diagnoserna alkoholism eller alkoholpsykos uppgick den genomsnittliga vårdtiden till drygt 20 respektive 100 dagar per vårdtillfälle. För alla personer med alkoholdiagnos var vårdtiden i genomsnitt 30 dagar. För narkotikamissbrukarna var antalet vårddagar per vårdtillfälle i genomsnitt drygt 40.

Det bör emellertid påpekas att åtskilliga missbrukare har avsevärt kortare vårdtider än vad som framgår av dessa genomsnittsvärden. Under år 1979 hade närmare hälften av de personer som skrevs ut med alkoholdiagnos kortare vårdtid än en vecka. Bilden var likartad för narkotikamissbrukarna.

Korta vårdtider dominerar alltså, även om det också förekommer längre vårdtider. Till bilden hör att många återkommer för nya vårdperioder.

För det stora flertalet missbrukare är den psykiatriska vården frivillig. Men vården kan också vara tvångsmässig enligt lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). I socialstyrelsens undersökning av alla avslutade vårdtillfällen år 1979 var andelen tvångsvårdade med missbruksdiagnos (alkohol eller narkotika) 11 procent. Andelen tvångsvårdade med andra diagnoser var högre (21,5 procent).

Flertalet missbrukare inom den psykiatriska sjukvården vårdas tillsammans med andra grupper på integrerade psykiatriska avdelningar. På vissa håll finns emellertid särskilda kliniker eller avdelningar för alkohol- eller toxikomanvård samt för avgiftning av narkotikamissbrukare. Enligt en år 1974 genomförd studie (Socialstyrelsen redovisar 1976:9) fick 70 procent av alkoholmissbrukarna inom psykiatrin vård på integrerade allmänpsykiatriska avdelningar. Denna andel är troligen högre i

dag eftersom tendensen är att de speciella vårdresurserna för alkoholmissbrukarna minskar i omfattning inom sjukvården.

Specialiserad narkomansjukvård bedrivs endast på åtta sjukhus; Danderyds, Sabbatsbergs och Huddinge sjukhus samt Mariamottagningarnas ungdomsenhet i Stockholms län, Ulleråkers sjukhus i Uppsala län samt S:ta Marias, S:t Lars och den s k avgiftningsenheten vid Malmö Allmänna sjukhus i Malmöhus län. Avgiftningsenheten i Malmö drivs emellertid av socialförvaltningen och inte av sjukvårdshuvudmannen.

Psykiatrin spelar alltså en stor roll i vården av missbrukare. En fråga som kan ställas är om psykiatrin och den sociala missbrukarvården rekryterar olika grupper av klienter. Ibland framförs tesen att de olika vårdsystemen fungerar som kommunicerande kärl. En undersökning om vårdorganisation och vårdutnyttjande inom psykiatrin (Socialstyrelsen redovisar 1984:6) jämför vårdutnyttjande när det gäller missbruksrelaterad vård i Uppsala och Västmanlands län. Skillnaderna mellan länen är stora. Författarna finner att en rimlig förklaring är att den psykiatriska vårdens resurser är så olika i länen. Studien pekar på att det finns ett starkt samband mellan vårdsystemens utbyggnad och antalet klienter. När psykiatrin har mindre resurser så sker en överströmning av missbrukarna till socialtjänsten. Förändringar i ett vårdsystem tenderar därför att skapa förändringar i ett annat.

4.6.3 Den slutna kroppssjukvården och akutmottagningarna

En möjlighet att få en bild av hur stor del av resurserna inom kroppssjukvården som upptas av alkoholrelaterade sjukdomstillstånd är att studera utskrivningsdiagnos av sjukdomstillstånd där man av erfarenhet vet att alkoholen spelar stor roll, exempelvis levercirrhos och pancreatit. Antalet vårdtillfällen i såväl levercirrhos som pancreatit har ökat kontinuerligt under 1960- och 1970-talen enligt tillgänglig patientstatistik från den somatiska vården.

På somatiska akutmottagningar utgör alkoholen ett stor problem. Man har i olika studier funnit att mellan 20 och 30 procent av patienterna var alkoholpåverkade vid ankomsten till mottagningarna. Personer som drabbas av olycksfall är också ofta alkoholpåverkade (Socialstyrelsen redovisar 1987:5).

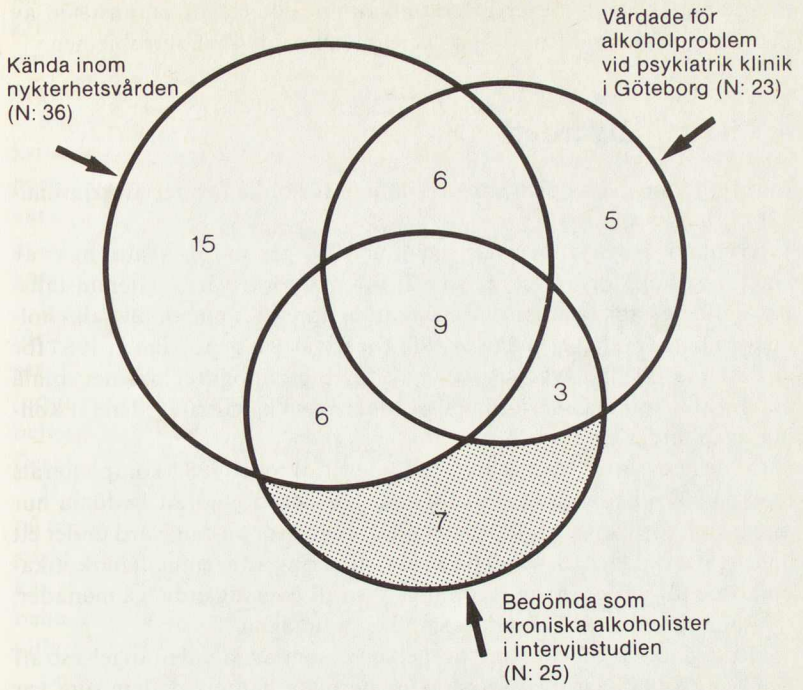
Missbrukarna svarar också för en betydande konsumtion av framför allt kirurgisk och ortopedisk sjukvård.

Vid kirurgiska kliniken vid Karolinska sjukhuset i Stockholm noterades i en studie att 20 procent av männens vårddagar var beroende av alkoholkonsumtion. Bland de manliga patienterna mellan 30 och 60 år vårdades hälften på grund av alkoholskador (Borg m fl 1979).

I en kartläggning av patienter som vårdats på Östra sjukhusets medicin-, kirurgi- och ortopedkirurgiska kliniker i Göteborg (Wallerstedt m fl 1986) bedömdes andelen alkoholmissbrukare bland männen vara 25 procent av samtliga.

Man försökte också spåra dessa missbrukares kontakter med missbrukarvården (se figur 4:2).

Figur 4:2 Inom missbrukarvården kända respektive ej kända kroniska alkoholister vårdade vid vissa somatiska kliniker i Göteborg



Figuren visar att flertalet alkoholmissbrukare/kroniska alkoholister inom den somatiska akutsjukvården är kända inom missbrukarvården (psykiatri, nykterhetsvård). Men 7 av dem som bedömdes som kroniska alkoholister (28 procent) var inte kända av missbrukarvården.

4.6.4 Primärvården och den öppna somatiska vården

Hittills har dokumentationen kring alkoholbetingad sjukvårdskonsumtion i huvudsak varit inriktad på den slutna psykiatriska vården. Det finns bara några enstaka undersökningar som belyser sambandet mellan alkoholmissbruk och sjukvårdskonsumtion i den öppna somatiska vården.

I en sådan studie kartläggs den alkoholrelaterade sjukvårdskonsumtionen vid vårdcentralen Olofström i Blekinge (Romelsjö m fl 1983). Studien visar bl a att läkarna hade svårt att identifiera alkoholmissbruket som orsak till sjukvårdsbehovet. Då studien inleddes kände man till 30 alkoholmissbrukare vid vårdcentralen. En genomgång av journaler från öppen och sluten vård, socialakter m m visade emellertid att hela 282 män och 30 kvinnor som sökte sig till vårdcentralen var kända för alkoholproblem. Alkoholmissbrukarna gjorde också fler besök på vårdcentralen än förväntat. Missbrukarna i åldersgruppen 20—49 år hade en särskilt hög sjukvårdskonsumtion. Vårdkonsumtionen bland kvinnor med alkoholproblem var också mycket hög.

En annan studie rör vissa vårdenheter och öppenvårdsmottagningar i Värmland (Socialstyrelsen redovisar 1987:5). Den visade bl a att ca var tionde patient hade observerbara alkoholproblem. För majoriteten av dem hängde sjukvårdsutnyttjandet samman med alkoholproblemen.

4.7 Kriminalvården

En betydande del av dem som är föremål för olika former av kriminalvård är missbrukare.

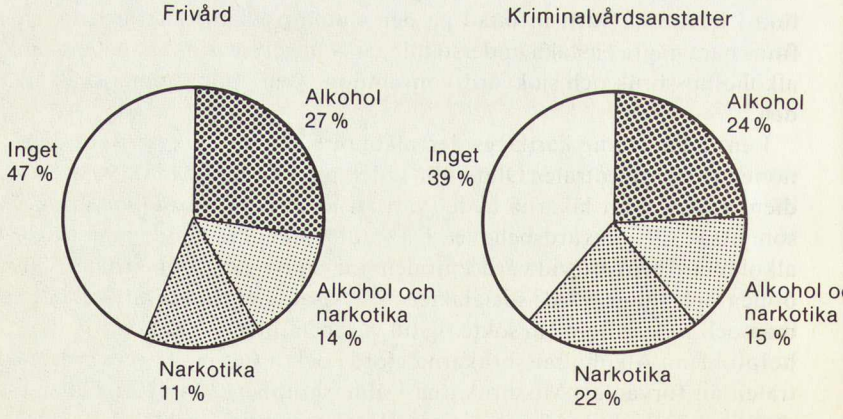
Kriminalvårdsstyrelsen har sedan år 1966 genomfört skattningar av antalet narkotikamissbrukare som är föremål för frivårds- eller anstaltspåföljd den 1 april varje år. Motsvarande uppgifter om antalet alkoholmissbrukare föreligger sedan år 1981 för frivården och sedan år 1983 för anstalterna. Denna tvärsnittsstatistik ger inga uppgifter om det totala antalet alkohol- och narkotikamissbrukare som kriminalvården får kontakt med under ett år.

De årliga skattningarna har sedan den 1 oktober 1982 kompletterats med en s k tillströmningsstatistik som gör det möjligt att bedöma hur många narkotikamissbrukare som blir föremål för anstaltsvård under ett helt år. Statistiken är baserad på en klassificering av eventuellt narkotikamissbruk för varje person med fängelsestraff överstigande två månader. Dessa utgör ungefär hälften av samtliga nyintagna.

Dessa data visar att sex av tio personer som avtjänade fängelsestraff den 1 april 1985 var missbrukare och närmare hälften av dem som var aktuella inom frivården (figur 4:3). I absoluta tal rörde det sig om 2 753 respektive 7 705 personer.

Andelen alkoholmissbrukare ligger genomgående högre än andelen narkotikamissbrukare. Vidare framgår att många bedömts vara blandmissbrukare.

Figur 4:3 Andelen personer med alkohol- och narkotikamissbruk inom kriminalvården år 1985



Källa: CAN, Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige, nr 1 1986.

Några större förändringar beträffande alkoholmissbruket kan inte noteras under de senaste fem åren. Narkotikamissbruket uppvisar inte heller några dramatiska förändringar. Andelen narkotikamissbrukare på kriminalvårdsanstalterna och inom frivården har däremot ökat något under 1980-talet. Ser man däremot till det absoluta antalet narkotikamissbrukare föreligger denna uppåtgående trend enbart inom frivården.

Budgetåret 1985/86 bedömdes närmare hälften av dem som togs in på kriminalvårdsanstalterna med en strafftid på mer än två månader vara narkotikamissbrukare. I absoluta tal rörde det sig om 2 879 personer, varav 1 200 klassificerades som grava narkotikamissbrukare. Tendensen är att narkotikamissbruket har blivit allt tyngre hos de narkotikamissbrukare som är intagna på kriminalvårdsanstalterna.

Under senare år har det kommit att framstå som allt mer angeläget att försöka nå missbrukarna inom kriminalvården med stöd- och vårdinsatser så att de kan komma ifrån sitt missbruk. Betydande insatser har gjorts inom kriminalvården för att utveckla resurserna för motivations- och behandlingsarbete under verkställighetstiden. Dessa insatser har intensifierats under senare tid till följd av AIDS/HIV.

Huvuddelen av de missbrukare som skall avtjäna fängelsestraff finns på anstalterna sex månader eller mindre. Det är därför i allmänhet orealistiskt att genomföra en rehabilitering under anstaltsvistelsen. Däremot kan man påbörja ett motivationsarbete och planera för en långsiktig behandling som kan påbörjas under verkställighetstiden eller efter den villkorliga frigivningen.

Enligt 34 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt kan den som döms till fängelse få vistas utanför anstalten — t ex på behandlingshem eller i familjevård — om han eller hon på så sätt lättare kan anpassa sig i samhället. I propositionen (1984/85:19) om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik slås fast att målsättningen bör vara att utnyttja § 34-institutet i större utsträckning och på ett så tidigt stadium av verkställighetstiden som möjligt. Detta sker också i ökad omfattning. Budgetåret 1985/86 beviljades 704 sådana vistelser, vilket innebar en ökning med 19 procent jämfört med budgetåret 1984/85. Närmare 90 procent av vistelserna avsåg placeringar på behandlingshem eller i familjevård.

I sammanhanget bör även nämnas att riksdagen nyligen ställt sig bakom förslag av regeringen (prop 1986/87:106, JuU 1986/87:32) till ändringar i bl a brottsbalken. Propositionen bygger bl a i denna del på frivårdskommitténs slutbetänkande (SOU 1984:32) Nya alternativ till frihetsstraff.

Ändringarna syftar till att göra det möjligt att använda en form av s k kontraktsvård som en ny variant av kriminalvård i frihet och som ett alternativ till fängelse. Den nya påföljden tar sikte på fall där det kan antas att det är missbruksproblem - eller något annat särskilt förhållande som påkallar vård och behandling - som har bidragit till att någon har begått brott. Den nya påföljdsvarianten skall kunna användas om den tilltalade förklarar sig villig att genomgå lämplig behandling enligt en uppgjord plan. Rätten skall i domslutet ange hur långt fängelsestraff som skulle ha ådömts, om fängelse i stället hade valts som påföljd. Den institution eller liknande som svarar för behandlingen skall i sådana fall

kunna åläggas att anmäla till åklagarmyndigheten och skyddskonsulenten, om den dömde inte följer behandlingen enligt planen. Kontraktsvården kan då genom beslut av domstolen ersättas med fängelse. Bestämmelserna träder i kraft den 1 januari 1988.

Kriminalvården bedriver även viss rehabilitering i egen regi. Särskilda behandlingsprojekt har inrättats på några anstalter, bl a Österåker och Hinseberg. Projekten är huvudsakligen avsedda för narkotikamissbrukare som skall avtjäna längre fängelsestraff.

Kriminalvården svarar även i viss utsträckning för stöd och behandling för dem som dömts till skyddstillsyn eller villkorligt frigivits från kriminalvårdsanstalterna. Detta sker inom ramen för kriminalvård i frihet, vilken är organiserad i 63 skyddskonsulentdistrikt med totalt ca 490 tjänster. Frivården förfogar också över ett stort antal s k lekmannaövervakare.

4.8 Statsbidragssystemet

Staten har sedan lång tid haft ett omfattande engagemang i vården av missbrukare av alkohol och narkotika. Fram till år 1983 var staten huvudman för ett antal institutioner för främst alkoholmissbrukare samt för ungdomsvårdsskolorna. Dessutom utgick statsbidrag för anordnande och drift av ett stort antal behandlings- och inackorderingshem för missbrukarvård.

Mellan staten och de båda kommunförbunden, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, träffades inför socialtjänstreformen en principöverenskommelse om ändrat huvudmannaskap för institutionerna inom socialtjänsten. Enligt överenskommelsen skulle berörda kommuner och landstingskommuner den 1 januari 1983 ta över dels huvudmannaskapet för de statliga ungdomsvårdsskolorna och nykterhetsvårdsanstalterna, dels de rättigheter och åtaganden som staten hade ifråga om bl a erkända och enskilda nykterhetsvårdsanstalter samt inackorderingshem och behandlingshem för alkohol- och narkotikamissbrukare. Överenskommelsen innebar också att kommuner och landstingskommuner gemensamt skall svara för att behovet av hem för vård eller boende inom socialtjänsten blir tillgodosett.

År 1981 godkände riksdagen en överenskommelse (prop 1980/81:196, SoU 1981/82:23) mellan staten och de båda kommunförbunden om statsbidrag vid det ändrade huvudmannaskapet för de aktuella institutionerna. Överenskommelsen innebar att staten skulle betala bidrag för driften av hemmen med vissa belopp. Av det belopp som angavs för viss kategori av institutioner skulle 75 procent användas som bidrag till de huvudmän som driver institutionerna. Bidraget skulle utgå med ett för varje kategori enhetligt belopp per vårdplats. Återstoden, dvs 25 procent, skulle användas som bidrag till kommuner som under året haft att svara för vårddagskostnad vid en institution. Den del av den faktiska nettokostnaden för institutionens drift som inte täcktes genom det statliga bidraget förutsättes bli ersatt av vårdtagarnas hemkommuner.

Statsbidrag utgick också till kommunala alkoholpolikliniker enligt en särskild förordning (1981:614) därom. Statsbidrag utgick även till kostnader för vård av narkotikamissbrukare på alkoholpolikliniker och till driften av vårdcentraler för narkotikamissbrukare.

Kritiken mot 1981 års statsbidrag gick främst ut på att det permanentade gamla vårdformer genom att det var kopplat till den befintliga institutionsstrukturen. Vissa institutioner hade härigenom kommit att stå helt utanför statsbidragssystemet. Statsbidraget hade vidare fått en ojämn geografisk fördelning, eftersom de institutioner som ingick i huvudmannaskapsreformen var ojämnt fördelade över landet. Statsbidraget ledde i vissa fall till dåligt resursutnyttjande genom att det i princip inte tog hänsyn till beläggningsgraden vid institutionerna.

Genom att 1981 års bidrag var helt kopplat till institutionsvården begränsades möjligheterna att utveckla andra vårdformer av mer öppen karaktär.

Efter en överenskommelse mellan statens förhandlingsnämnd och de båda kommunförbunden godkände riksdagen år 1985 en ny konstruktion av statsbidragen till missbrukarvården (prop 1984/85:151, SoU 1984/85:26).

Utgångspunkten för det nya systemet är att statsbidraget bör främja målen för socialtjänsten och stödja en utveckling av vårdinnehållet. Bidraget skall även medge handlingsfrihet vid utveckling och förändring av verksamheten. Syftet var samtidigt att ge kommunerna frihet att välja de för sina behov och förutsättningar lämpligaste vårdformerna.

Statsbidragen till driften av hem för vård eller boende respektive till alkoholpolikliniker och vårdcentraler för narkotikamissbrukare slogs från och med år 1986 ihop till ett gemensamt statsbidrag. Ett viktigt syfte med sammanslagningen var att luckra upp gränsen mellan institutionsvård och öppen vård.

Större delen av statsbidraget går till kommunerna, som har huvudansvaret för den vård som bidragen avser.

Statsbidraget utgår i form av kommunbidrag, platsbidrag och omstruktureringsbidrag. Kommunbidraget kan fritt disponeras av kommunerna för olika typer av insatser och till olika verksamheter, bl a sådana som drivs av organisationer, stiftelser eller annan huvudman med ideell inriktning. Det fördelas utifrån det genomsnittliga antalet vårddagar som varje kommun utnyttjat vid statsbidragsberättigade institutioner under åren 1983 och 1984. Kommuner som haft låg utnyttjandegrad garanteras ett bidrag motsvarande 20 procent av det genomsnittliga antalet vårddagar per 1 000 invånare i riket som helhet.

Ett genomförande fullt ut av principen att kommunerna skall ha hela kostnadsansvaret för vården ansågs dock äventyra existensen av vissa institutioner som krävs för vården av de mest utsatta grupperna. Dessa institutioner har stora upptagningsområden och hög personaltäthet. Därför utgår ett platsbidrag till huvudmän för sådana institutioner med ett bestämt belopp per plats. I huvudsak utgörs dessa institutioner av de f d statliga ungdomsvårdsskolorna och nykterhetsvårdsanstalterna. Samma institutioner kan också komma i fråga för omstruktureringsbidrag, vilket skall underlätta en nödvändig omstrukturering av institu-

tionsvården och ge berörda huvudmän en viss kompensation för de kostnader som uppstår vid avveckling av hela eller delar av en institution.

Det nya statsbidragssystemet trädde i kraft den 1 januari 1986. Det skall gälla under fyra år, dvs fram till utgången av år 1989. Det slutliga bidragsbeloppet för år 1986 fastställdes till 810 milj kr.

Genom en överenskommelse den 21 mars 1986 mellan staten och kommunförbunden gjordes en närmare fördelning av statsbidraget, på de olika bidragstyperna. Kommunbidraget uppgick till 609,6 milj kr, platsbidraget till 170,4 milj kr och omstruktureringsbidraget till 30 milj kr.

5 Alkoholmissbrukarna och vården

5.1 Inledning

Tvångsvårdens roll och funktioner inom missbrukarvården kan inte diskuteras utan kunskap om missbrukets karaktär och om den frivilliga vårdens möjligheter och begränsningar.

I detta kapitel ges en översikt över hur de tunga alkoholmissbrukarnas levnadsförhållanden har förändrats i olika avseenden. Samtidigt redovisas en översiktlig bild av den frivilliga vårdens läge och utveckling.

I kapitel 6 ges en motsvarande översikt över narkotikamissbruket och narkomanvården.

Kombinationen av ett omfattande missbruk och ett socialt utsatt liv leder till en kraftig översjuklighet och överdödlighet bland de tunga missbrukarna. Arbetslöshet, social isolering och dåliga bostadsförhållanden präglar också ofta deras liv. Detta är naturligtvis ingen ny situation. Men all tillgänglig kunskap talar för att de tunga alkoholmissbrukarnas levnadsförhållanden har försämrats dramatiskt i flera avseenden under de senaste årtiondena.

5.2 Sjukligheten

Alkoholens skadepanorama är väl känt (se t ex Ågren 1981, Lindberg och Ågren 1983, Alkoholpolitik SOU 1974:90, Vårdprogram för människor med alkoholproblem, Stockholm 1986). Men storkonsumtion av alkohol är inte den enda orsaken till missbrukarnas höga sjuklighet. Den utsatta livssituationen medför i sig en ökad sjuklighet. Därtill kommer att de tunga missbrukarna utsätts för avsevärt större risker på grund av våld och olycksfall än andra.

Leverskador utgör den mest välkända komplikationen till alkoholberoende. Levern är det organ, där den huvudsakliga nedbrytningen av alkohol sker. Efter långvarig storkonsumtion av alkohol kan förändringar uppträda, främst fettlever, alkoholhepatit, skrumplever (levercirrhos) samt levercancer. De första stadierna av en leverskada, förhöjd fetthalt, går tillbaka då alkoholkonsumtionen åter minskas. För att utveckla levercirrhos krävs att alkoholmissbruket har pågått minst 5-10 år. Levercirrhos kan inte botas. Sjukdomen leder i många fall till döden.

Bukspottkörtelinflammation, pankreatit, är en allvarlig och inte ovanlig komplikation vid långvarig överkonsumtion av alkohol. Man räknar med att hos män är ungefär tre fjärdedelar av sjukdomsfallen orsakade av alkohol. Det finns såväl akuta som kroniska former. Tillstånden är mycket smärtsamma och kräver ofta intensivvård. Den som en gång haft sjukdomen löper vid fortsatt alkoholkonsumtion stor risk att drabbas på nytt.

Andra kroppsliga sjukdomar som har samband med alkoholkonsumtion är t ex hjärt-kärlsjukdomar, muskelskador, skador på skelettet, störningar i inre sekretionen, nervskador och krampanfall — epilepsi. Hög alkoholkonsumtion kan också medföra störningar av immunförsvaret, vilket ökar risken för infektioner.

En utsatt social situation med bristfällig mathållning och hygien förvärrar förhållandena ytterligare.

Till de psykiska komplikationerna av alkoholmissbruk hör såväl akuta som kroniska sjukdomstillstånd. En förutsättning för deras uppkomst är långvarig storkonsumtion av alkohol. Hit hör t ex alkoholabstinens, delirium tremens, alkoholhallucinos och olika slag av hjärnskador. En form av hjärnskada är Wernicke-Korsakows syndrom som kan uppkomma efter ett mångårigt missbruk. En utlösande faktor är ofta B-vitaminbrist. Ögonmuskelförlamning och balanssvårigheter hör till de mest framträdande symtomen. Sjukdomen kan bli kronisk med allt svårare balansrubbningar och ett närmast fullständigt bortfall av närminnet.

Akut alkoholförgiftning är en komplikation som i extrema fall kan vara ett dödligt tillstånd. Normalt träder dock kroppens försvarsmekanismer i funktion och förhindrar alltför allvarliga konsekvenser. Däremot orsakar de vanliga kombinationsförgiftningarna med alkohol och lugnande tabletter eller sömnmedel minst ett tusental dödsfall årligen och ett mångdubbelt större antal intagningar på sjukhus.

Kunskaperna om könsskillnader i fråga om skador till följd av alkoholmissbruk är ofullständiga. Däremot vet man att alkoholiserade kvinnor löper större risk att utveckla leversjukdomar efter kortare perioder av missbruk och vid lägre alkoholkonsumtion än män (Gavater 1982). Det finns dessutom forskningsresultat som tyder på att kvinnliga alkoholister i högre grad än manliga drabbas av hjärnskador. Alkoholframkallade fosterskador är en komplikation som blivit vanligare i takt med den stigande alkoholkonsumtionen hos kvinnor.

Alkohol som sjukdomsorsak förekommer inom praktiskt taget alla medicinska specialiteter, ofta i betydande omfattning. Att ange omfattningen med någon högre grad av precision är inte möjligt. Det beror bl a på att sjukdomstillfällen orsakade av alkohol inte är möjliga att urskilja i sjukvårdsstatistiken utan registreras under andra diagnoser. En rad särskilda undersökningar av olika patientgrupper och sjukvårdsenheter har dock gjorts. Enligt en uppskattning, grundad på olika undersökningar av sjukvårdskonsumtion och gjord på uppdrag av delegationen för långtidsmotiverad forskning, kan man räkna med att mellan en tredjedel och hälften av all sjuklighet har samband med alkohol (Carlsson m fl 1979).

De av socialtjänsten och sjukvården kända missbrukarna är kraftigt överrepresenterade när det gäller sjukhusvistelser och sjukskrivningsda-

gar. En studie av 50—60-åriga män i Uppsala visade att de 12 procent av undersökningsgruppen som var kända missbrukare svarade för 40 procent av alla sjukhusvistelser. Missbrukarna stod också för två tredjedelar av all psykiatrisk vård och för nästan hälften av all vård för sjukdom med symtom från mag-tarmkanalen. I fråga om sjukskrivningar inom sjukförsäkringen svarade dessa 12 procent av männen för 45 procent av all sjukskrivning för psykiska besvär och 52 procent av alla dagar registrerade som akut luftvägssjukdom (Waern 1977).

Alkoholproblemens belastning på sjukvården visas också av flera undersökningar av patienter vid somatiska akutmottagningar där andelen alkoholpåverkade patienter ligger mellan 15 och 25 procent (Almersjö, Westin 1984, Kristensson-Aas m fl 1981). Resultaten från en undersökning av patienter i allmänkirurgisk slutenvård vid Karolinska sjukhuset visar att alkoholbetingade sjukdomar sannolikt låg bakom drygt 20 procent av männens vårddagar (Borg m fl 1979). Enligt en undersökning från Örebro förekom alkoholpåverkan eller misstänkt alkoholpåverkan (enligt journaluppgifter) hos 42 procent bland inlagda på kirurgklinik för traumatisk skallskada och hos 69 procent bland inlagda på akutmedicinsk intensivvårdsavdelning (Dahl 1984).

Tendensen tycks vara att ju allvarligare sjukdomstillstånden är och ju större kraven på medicinska resurser, desto högre är andelen patienter med missbruksproblem.

De tunga missbrukarnas vårdkonsumtion är i vissa fall mycket hög. Det finns få hållpunkter för jämförelser över tid av hur denna sjuklighet har förändrats. Kliniska bedömningar pekar dock på att de tunga missbrukarnas hälsosituation har försämrats under den senaste tioårsperioden. För samma slutsats talar också de tolkningar av dödlighetsutvecklingen inom denna grupp som refereras nedan.

5.3 Dödligheten

De tunga missbrukarnas omfattande sjuklighet leder i många fall till en förtidig död.

Missbrukarnas förhöjda dödlighet kan sägas vara missbrukets yttersta konsekvens. När det gäller att belysa de tunga missbrukarnas levnadsnivå och hur den har förändrats kan uppgifter om dödligheten inom gruppen ses som en viktig indikator.

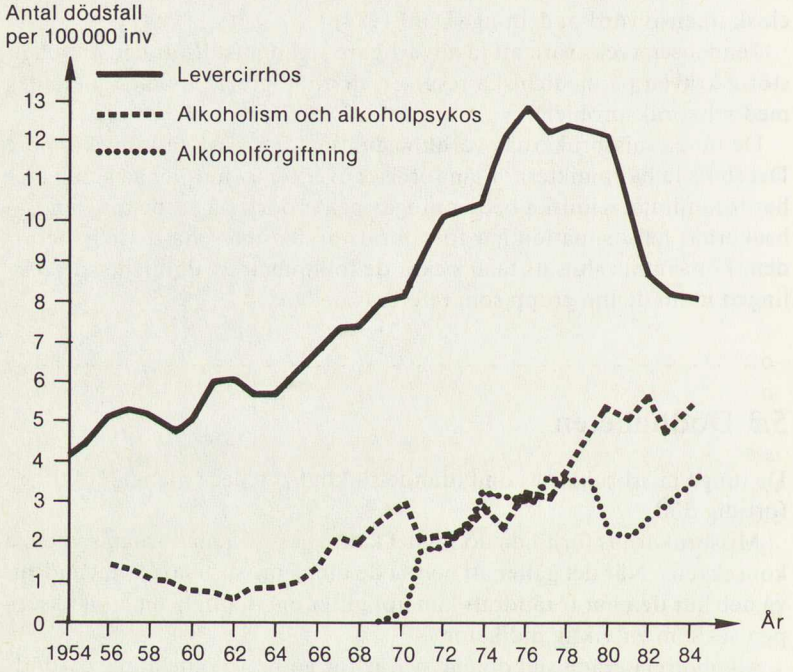
Alkoholrelaterade sjukdomar svarar för en betydande andel av dödligheten bland vuxna män i hela befolkningen. Romelsjö och Ågren (1986) visar att en fjärdedel av alla dödsfall för män i åldrarna mellan 25 och 44 år är orsakad av "alkdöd". "Alkdöd" är ett sammanvägt mått på alkoholrelaterad dödlighet där bl a alkoholpsykos, alkoholism, alkoholförgiftning, skrumplever, alkoholrelaterad cancer och dödsfall på grund av yttre våld och förgiftning ingår. Måttet täcker inte in all alkoholrelaterad dödlighet. I åldersgruppen 45—64 år svarar "alkdöd" för omkring 9 procent av dödsfallen. För kvinnor är den alkoholrelaterade dödligheten betydligt lägre.

Totalt brukar man uppskatta att alkoholrelaterad dödlighet svarar för mellan 5 000 och 10 000 dödsfall per år i Sverige. Det innebär att alkoholmissbruk är en av de vanligaste orsakerna till en förtidig död bland vuxna män (Ågren 1981).

Enligt den s k totalkonsumtionsteorin finns ett starkt samband mellan alkoholskadornas och den totala alkoholkonsumtionens omfattning i ett samhälle. Den totala alkoholkonsumtionen har under efterkrigstiden ökat kraftigt fram till år 1976, då den nådde en topp. Därefter har en nedgång skett fram till de senaste åren då en mindre ökning inträtt (se kapitel 1).

Den alkoholrelaterade dödligheten följer delvis samma mönster (se figur 5:1). De vanligaste alkoholrelaterade dödsorsakerna är alkoholism, alkoholpsykos, levercirrhos och alkoholförgiftning.

Figur 5:1 Antalet döda i levercirrhos, alkoholism och alkoholpsykos samt alkoholförgiftning per 100 000 invånare 1954—1984



Källa: CAN, Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige, nr 1 1986.

Antalet döda i levercirrhos mer än tredubblades från år 1945 fram till slutet av 1970-talet. Antalet dödsfall ökade från 291 år 1954 till 1 062 år 1976. Därefter har det skett en markant minskning till 683 dödsfall år 1984.

Kurvorna för alkoholförgiftning och alkoholism/alkoholpsykos uppvisar inte samma tydliga mönster. Dödligheten har med vissa variationer fortsatt att öka när det gäller diagnosen alkoholism/alkoholpsykos och

alkoholförgiftningarna har efter en nedgång omkring år 1980 åter börjat stiga.

Romelsjö och Ågren (1985) har närmare studerat situationen i Stockholms län. De finner att utvecklingen i detta län sammanfaller med den i landet som helhet. Slutenvårdskonsumtionen i alkoholrelaterade sjukdomar har minskat. De finner en minskning av antalet dödsfall i levercirrhos. Däremot har dödligheten i alkoholism + alkoholpsykos + alkoholintoxikation ökat bland män i Stockholms län.

Detta skulle kunna betyda att de mer utslagna missbrukarna inte har minskat sin alkoholkonsumtion:

"Vi anser att minskningen av viss alkoholrelaterad dödlighet och slutenvårdskonsumtion främst förklaras av en minskad alkoholkonsumtion även bland ganska stora grupper av högkonsumenter. Den fortsatta ökningen av dödligheten i alkoholism + alkoholpsykos + alkoholintoxikation bland män i Stockholms län beror kanske på att alkoholkonsumtionen ej minskat bland de mer alkoholberoende kroniska alkoholmissbrukarna, som ofta får dessa diagnoser."

Överdödligheten bland de tunga missbrukarna stiger kraftigt. Olika undersökningar möjliggör jämförelser av överdödligheten från 1940-talet till 1980-talet för olika grupper av missbrukare i kontakt med nykterhetsvården.

Figur 5:2 visar dödligheten för några olika missbrukargrupper. Undersökningarna gäller män i åldrarna 30—50 år.

Den första undersökningen (Dahlgren 1951) är genomförd under åren 1937—1947 i Malmöhus län. Studien omfattar samtliga nykterhetsvårdsfall under perioden, drygt 10 000 personer. I undersökningen ingick en ganska stor grupp anstaltsvårdade nykterhetsvårdsklienter. I hela materialet fanns inga skillnader i dödlighet mellan nykterhetsvårdsklienterna och befolkningen i stort. I åldersgrupperna 30—50 år förelåg dock en viss skillnad. Missbrukarna hade 1,5 gånger högre dödlighet än normalbefolkningen.

Den andra studien bygger på en kartläggning av bostadslösa män i Stockholm år 1960 som Gunnar Inghe genomförde. Dödligheten inom gruppen har sedan studerats fram till år 1970 (Norman 1979). I hela materialet är överdödligheten 2,29. För åldersgruppen mellan 30—50 år är dödligheten ungefär 3 gånger så stor som för normalbefolkningen. Åldersgruppen 35—39 år har den klart högsta överdödligheten med 5,5 gånger den förväntade. Överdödligheten minskar därefter kontinuerligt med stigande ålder.

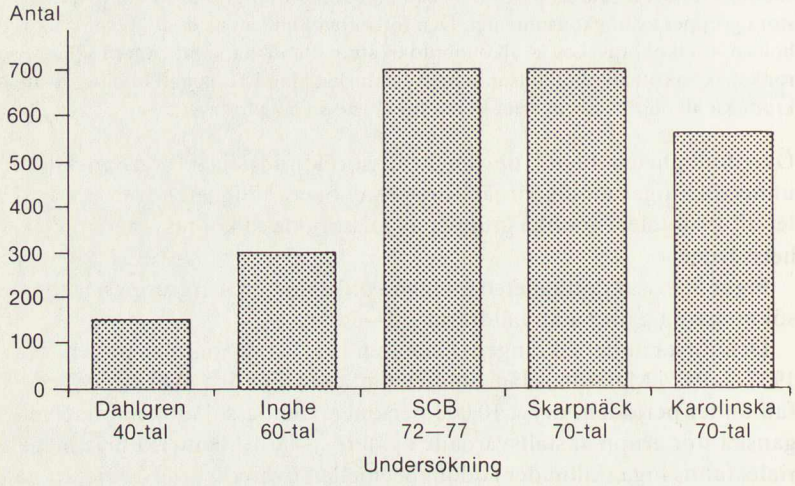
Under 1970-talet genomförde statistiska centralbyrån flera olika studier av dödlighet bland de missbrukare som var föremål för tvångsåtgärder (övervakning eller anstaltsvård) enligt nykterhetsvårdslagen (SCB S 1975:16, S 1975:30, S 1977:11). I dessa undersökningar framkommer en dramatiskt förändrad bild. Överdödligheten för hela den tvångsvårdade gruppen var sju gånger normalbefolkningens.

I en undersökning av frivilligt vårdade klienter boende på Skarpnäcksgården, en institution för socialt utslagna missbrukare i Stockholm (Ågren, Berglund 1984), fann man en lika hög överdödlighet som bland de tvångsvårdade under 1970-talet.

Den sista undersökningen gäller klienter vårdade på Magnus Huss-kliniken på Karolinska sjukhuset i Stockholm. Där är inslaget av missbrukare som har kvar sin sociala förankring avsevärt större, men undersökningen visar trots detta på en överdödlighet som är drygt fem gånger så hög som normalbefolkningens (Ågren, Lindberg 1983).

Jämförelsen mellan de olika undersökningarna visar sålunda att det skett en kraftig ökning av överdödligheten bland missbrukare under efterkrigstiden.

Figur 5:2 Alkoholmissbrukares dödlighet i åldersgruppen 30—50 år enligt olika undersökningar



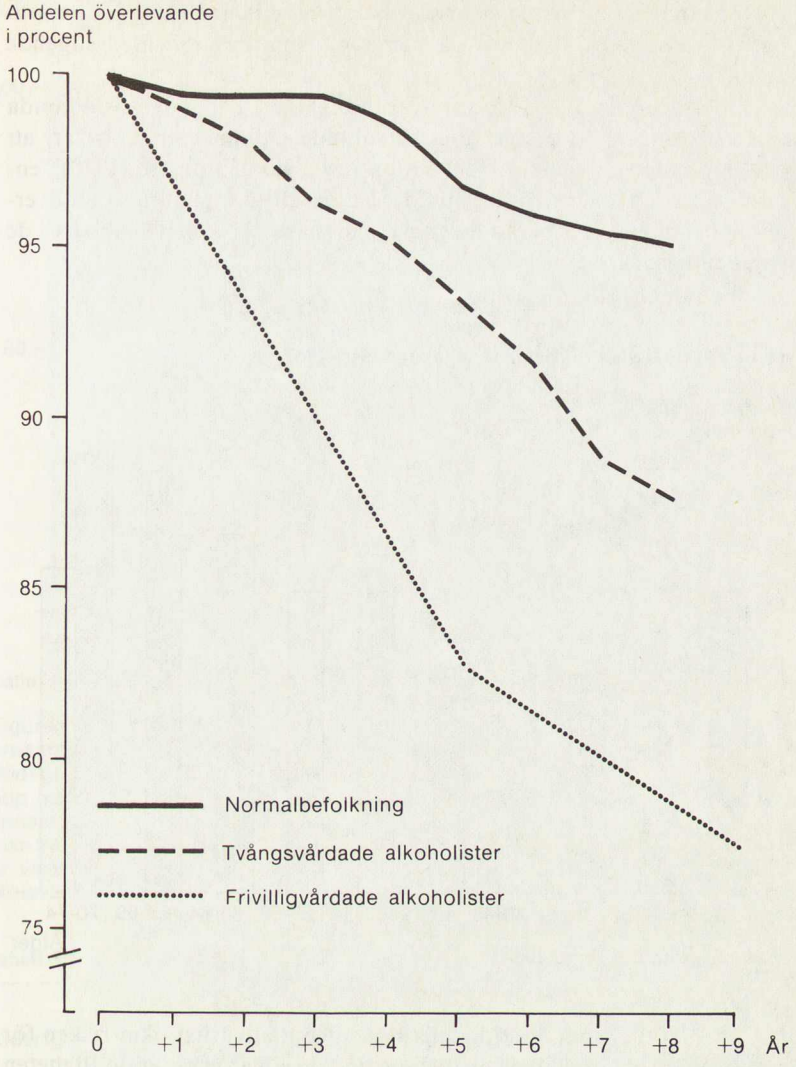
Figuren framtagen av socialläkare Gunnar Ågren i samband med socialberedningens hearing om vården av alkoholmissbrukare i oktober 1986. Jämförelsetal för dödligheten i normalbefolkningen 30—50 år = 100.

Bjerver (1972) har följt två grupper av tvångsåtgärdsfall under 1960-talet och bl a funnit en utveckling som tyder på att de insatta rehabiliteringsåtgärderna "trots tvångskaraktären" medfört en väsentlig förbättring för klienterna (figur 5:3). Bakom de positiva effekterna låg emellertid inte ett enstaka behandlingstillfälle, utan många nykterhetsvårdsåtgärder under flera år.

En rad andra undersökningar stöder slutsatsen att nykterhetsvårdens missbrukare fram till slutet av 1960-talet har haft en lägre dödlighet än socialt mer välanpassade personer som frivilligt sökt hjälp för sitt missbruk (Bjurulf m fl 1971, Salum 1972, Alström m fl 1974).

Som konstaterats tidigare är överdödligheten särskilt markant bland de yngre, vuxna missbrukarna. Vissa data från den tidigare nämnda dödlighetsundersökningen av gäster på Skarpnäcksgården kan belysa detta förhållande ytterligare. Undersökningen omfattar samtliga inskrivna under perioden 1969-1982 på Skarpnäcksgården. Gruppen består av 1 548 personer. Av dessa hade 544 personer avlidit år 1982.

Figur 5:3 Andelen överlevande i olika grupper



Andelen överlevande i tre undersökningsgrupper uttagna år 1962 och uppföljda fram till 1970/71: en normalgrupp ur mantalsregistret i Stockholm, en grupp tvångsvårdade alkoholister vid Stockholms nykterhetsnämnd och en grupp frivilligvårdade alkoholister vid Karolinska sjukhusets klinik för alkoholsjukdomar. Figuren framtagen av Lars Lindström i samband med socialberedningens hearing om vården av alkoholmissbrukare i oktober 1986.

Studiens syfte var att undersöka om de förbättringar, materiellt och resursmässigt, som skett för de bostadslösa under 1970-talet också hade lett till att gruppens prognos förbättrats.

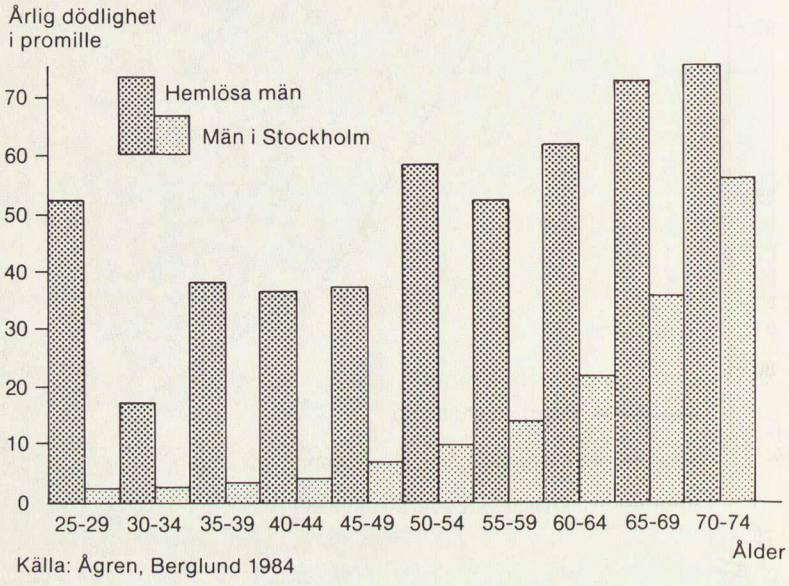
Undersökningen visade att inga förbättringar hade skett. Tvärtom bekräftade studien den höga dödligheten bland tunga missbrukare (figur 5:4). Överdödligheten var hög i alla åldersgrupper. Särskilt kraftig var

den i de yngre åldersgrupperna. I den yngsta åldersgruppen (25—29 år) var överdödligheten 30 gånger så stor som den förväntade.

Detta innebär att de tunga missbrukarna har ett anmärkningsvärt dödlighetsmönster. Dödligheten ökar endast i måttlig grad med stigande ålder.

I åldersgruppen 30—39 år var överdödligheten, enligt den sistnämnda undersökningen, 12 gånger den förväntade. Anmärkningsvärt är, att överdödligheten i samma åldersgrupp drygt tio år tidigare (1970) "endast" var 3,3 gånger den förväntade. Det är alltså inte bara så att överdödligheten är högst bland de yngre; den har också ökat snabbast i de yngre åldersgrupperna.

Figur 5:4 Dödlighet för hemlösa män åren 1969-1982

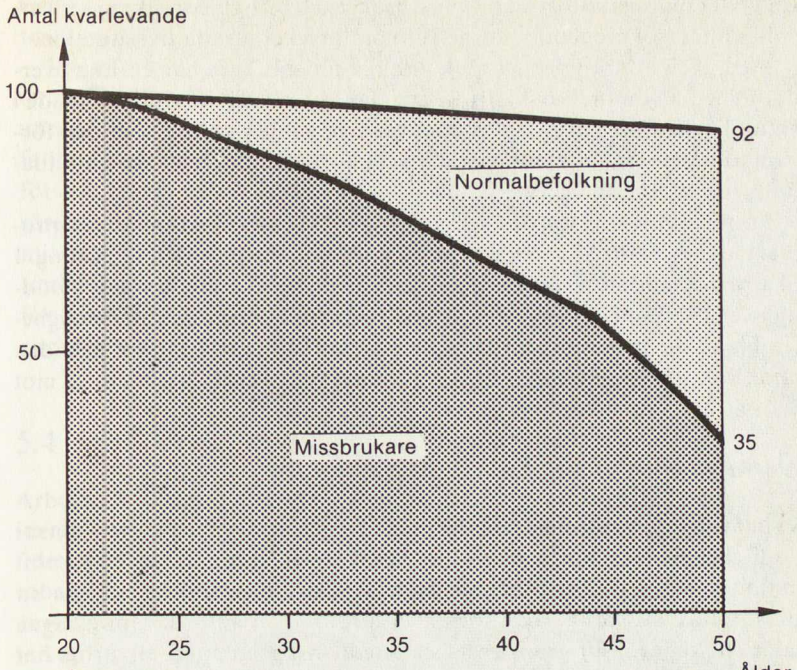


Källa: Ågren, Berglund 1984

Det förefaller som om tidig missbruksdebut allvarligt ökar risken för att en missbrukare skall dö en förtidig död. I själva verket är dödligheten så hög att mycket få av de unga missbrukarna kan räkna med att uppnå pensionsåldern, om de fortsätter sitt missbruk och därmed förblir i en socialt utsatt situation. Ågren har i ett annat sammanhang (1982) illustrerat detta så som framgår av figur 5:5.

De hittills redovisade undersökningarna har gällt missbrukande män. Det finns också några undersökningar av kvinnliga missbrukares överdödlighet. Socialt utslagna kvinnor förefaller att ha lika hög överdödlighet som de manliga missbrukarna. Enligt en undersökning av bostadslösa kvinnor i Stockholm (Stadig 1986) är dessa kvinnors dödlighet drygt nio gånger så hög som den kvinnliga normalbefolkningens i Stockholm (tabell 5:1). Även för kvinnorna är överdödligheten högst i de yngsta grupperna, 20—30 gånger den förväntade.

Figur 5:5 Beräkning av antalet kvarlevande vid 50 års ålder för 100 manliga 20-åriga alkoholmissbrukare, jämfört med 100 20-åriga män ur normalbefolkningen



Källa: Ågren 1982

Figuren illustrerar överdödlighetens konsekvenser för de unga alkoholmissbrukarna. Förutsättningen är att alkoholmissbrukarna har 10 gånger högre dödlighet än den manliga normalbefolkningen i Stockholm. En tänkt grupp följs upp fram till 50 år och jämförs med normalbefolkningen. Vid 50 års ålder är endast 35 missbrukare i livet mot 92 personer i normalbefolkningen. Fullföljer man beräkningen, men räknar med 5 gånger högre dödlighet för åldrarna över 50 år visar det sig att endast åtta missbrukare uppnår pensionsåldern 65 år. Motsvarande antal i normalbefolkningen är 75.

Tabell 5:1 Dödlighet i en grupp av bostadslösa kvinnor

	Avlidna		
Åldersgrupp	Observerat antal	Förväntat antal	Överdödlighet
20–24	2	0.06	32.53
25–29	4	0.18	22.54
30–34	7	0.25	27.67
35–39	3	0.22	13.54
40–44	2	0.16	12.29
45–49	2	0.17	11.52
50–54	2	0.32	6.25
55–59	2	0.23	8.56
60–64	0	0.28	0.00
65–69	1	0.25	3.98
70–74	1	0.16	6.32
75–	1	0.62	1.61
Samtliga	27	2.92	9.26

Källa: Stadig 1986

Överdödligheten inom denna grupp av bostadslösa kvinnor kunde nästan helt förklaras av missbruk av alkohol, narkotika och läkemedel. En viktig bidragande orsak till missbrukets allvarliga konsekvenser var, enligt undersökningen, kvinnors allmänt mycket utsatta livssituation.

Men även andra grupper av kvinnliga missbrukare har en hög överdödlighet. Kvinnor, frivilligt vårdade vid Magnus Huss-kliniken, hade i en undersökning en dödlighet som var fem gånger så hög som den förväntade. Detta gäller kvinnor som har en förhållandevis god social situation (Ågren, Lindberg 1983).

En relativt stor grupp av socialtjänstens klienter med missbruksproblem utgörs av finska medborgare och personer med finsk anknytning. I Skarpnäcksundersökningen ingick också 299 finska medborgare. Dödligheten för dessa undersöktes särskilt och resultaten visade att dödligheten bland de finska missbrukarna låg betydligt högre än inom hela den undersökta gruppen. I den finska gruppen var överdödligheten 5,2 mot 3,1 i hela materialet.

Överdödlighetens orsaker

Vi har tidigare konstaterat att den höga — och kraftigt stigande — överdödligheten bland tunga alkoholmissbrukare är ett resultat av en kombination av organiska skador, orsakade av själva missbruket, och skador till följd av missbrukarnas socialt utsatta liv. De anförda uppgifterna talar entydigt för att gruppens socialmedicinska situation allvarligt har försämrats under de senaste decennierna. Det finns få hållpunkter för en analys av varför utvecklingen enligt dessa samstämmiga undersökningsresultat har varit så utomordentligt dyster.

Vi vill emellertid avslutningsvis i detta avsnitt referera några resultat från ytterligare en studie, nämligen en undersökning av hemlösa män i Stockholm, den s k Krukis-undersökningen (Norman 1979). Studien redovisar inte bara dödstalen inom gruppen utan diskuterar även de medicinska och sociala omständigheterna kring dödsfallen, i syfte att belysa dödsorsakerna i ett vidare perspektiv. En av de faktorer som författaren till studien lyfter fram är vad som beskrivs som socialvårdens passiva hållning till denna grupp av missbrukare.

Undersökningsperioden sträckte sig från år 1967 till år 1975. Överdödligheten inom gruppen var hög, särskilt bland de yngre. Bland de hemlösa under 50 år var dödligheten 10 gånger högre än den förväntade.

Undersökningen redovisar utförligt den sociala situationen för missbrukarna i samband med dödsfallen. De hemlösa männen lever ett extremt utsatt liv som kännetecknas av materiell nöd och enbart mycket tillfälliga kontakter med samhällets vårdinsatser. I en stor del (70 procent) av de redovisade fallen sammanhänger dödsfallen med de hemlösas livssituation och betingas framför allt av sociala och psykologiska faktorer. För flera av de mest utslagna beror dödsfallen på vanvård vid boendeenheterna för hemlösa eller på frånvaro av vård överhuvud taget. Många dör utomhus eller på boendeenheterna. Det är få som har kontakt med sjukvården. I flera fall har den öppna nykterhetsvården enligt författaren spelat en destruktiv roll genom att inte lyssna på varningar från

andra som haft kontakt med klienten och genom att alltför kraftigt markera klientens eget ansvar för sin situation. Vid andra tillfällen har nykterhetsvården överhuvud taget inte brytt sig om missbrukarens aktuella situation.

Under 1970-talet flyttade många av de bostadslösa in i egna lägenheter. För en del innebar detta att deras situation förvärrades och att de gick under på grund av missbruk och frånvaro av kontakt med vården. I flera fall innebar lägenhetsboendet att kontakten med socialvården antingen försvann helt eller blev kraftigt uttunnad. Denna situation tycks vara särskilt riskfylld. För en del innebar den, enligt undersökningen, att missbruket accelererade och i vissa fall ledde till döden. Författaren betonar vikten av ett aktivt och kontinuerligt arbete från socialvårdens sida för att förhindra dödsfall som i stor utsträckning har sin grund i den sociala situationen.

5.4 Sysselsättning/försörjning

Arbetet är inte bara ett medel att försörja sig utan är också en bas för identitet och grupptillhörighet. För de missbrukare som har slagits ut från eller aldrig vunnit tillträde till arbetsmarknaden spelar möjligheterna att få ett arbete eller någon form av meningsfull sysselsättning en avgörande roll. Ofta är det utslagsgivande för om rehabiliteringen överhuvud taget skall bli framgångsrik eller inte.

Det finns inga enkla samband mellan missbruksproblem å ena sidan och arbetslöshet eller utslagning från arbetsmarknaden å den andra. Arbetslöshet eller andra svårigheter på arbetsmarknaden kan vara en orsak bland flera samverkande till att en individ utvecklar eller fördjupar ett missbruk. Men inte sällan är sambandet omvänt. Missbruksproblemen leder till svårigheter på arbetsplatsen och så småningom kanske till arbetslöshet.

För den enskilde kan det också vara så att arbetet i sig bidrar till alkoholproblemen. Toleransen inför alkoholkonsumtion på arbetsplatsen eller i anslutning till arbetet växlar mellan olika yrkesgrupper. Ibland utgör expansiva alkoholvanor en del av yrkeskulturen. En rad undersökningar visar att alkoholproblem, och även alkoholrelaterad dödlighet, är vanligare inom somliga yrkesgrupper, t ex vissa serviceyrken, än inom andra.

Det finns också undersökningar som visar att det föreligger stora olikheter i relativ risk att utveckla alkoholism bland olika kategorier av förvärvsarbetande. "Arbetarna hade högst årlig incidens (340 per 100 000) medan tjänstemännen hade lägst risk (190 per 100 000). Egna småföretagare, hantverkare och bönder intog en mellanställning (230 per 100 000)" (Öjesjö 1986).

De svåraste alkoholproblemen finns dock bland de icke-förvärvsarbetande. Romelsjös och Ågrens (1986) undersökning av dödligheten bland alkoholmissbrukare visar en markant högre överdödlighet bland icke-förvärvsarbetande än bland förvärvsarbetande. För icke-förvärvsarbetande var dödligheten 2,4 gånger så hög som för de förvärvsarbetande.

Undersökningen kan tolkas så att tillgång till arbete innebär ett skydd mot att utveckla ett alkoholmissbruk.

Missbrukarnas arbetssituation 1964 ...

För 20 år sedan hade majoriteten av nykterhetsnämndernas klienter ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. De allra flesta arbetade också under långa perioder och mycket få var förtidspensionerade. I Nykterhetsvårdens läge (SOU 1967:36) kartläggs bland annat klienternas arbetsmarknadssituation. Man redovisar både nykterhetsvårdsklienternas och de anstaltvårdades arbetsförhållanden. Redovisningen ger en tämligen ljus bild.

Utredningen gjorde bl a en punktundersökning för att se hur många inom den undersökta gruppen som faktiskt arbetade en viss dag år 1964 (tabell 5:2).

Tabell 5:2 Arbetsförhållanden bland manliga nykterhetsvårdsklienter år 1964

	Procent
Arbetade	64
Arbetsmarknadsåtgärder, utbildning	5
Pensionärer	5
Saknade arbete	15
Uppgift saknas	11

Majoriteten av klienterna hade arbete på den öppna arbetsmarknaden.

För de anstaltvårdade gjordes vissa särskilda undersökningar. Bland annat studerade man klienternas arbetsstabilitet, dvs i hur stor omfattning klienterna hade arbetat under den senaste ettårsperioden före undersökningstillfället.

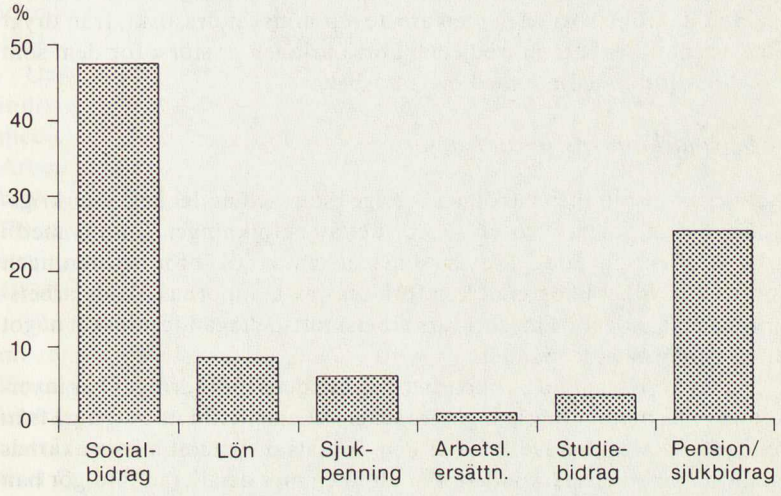
Det visade sig att 80 procent av de anstaltsvårdade hade arbetat under längre tid än sex månader under den senaste ettårsperioden. Omedelbart före intagningen var dock en stor grupp av klienterna arbetslösa.

Undersökningarna visade att både nykterhetsnämndsklienterna i allmänhet och de institutionsvårdade i stor utsträckning hade arbete och en plats på arbetsmarknaden. De var efterfrågade framför allt i en rad yrken som inte krävde yrkesutbildning. Arbetssituationen präglades i och för sig av osäkerhet, en stor grupp gjorde många byten av arbete under ett år och hade dessemellan perioder av arbetslöshet. Men svårigheterna att få arbete var trots allt inte större än att de flesta ganska snart kunde gå tillbaka till ett arbete. Vid denna tidpunkt försörjde sig missbrukarna alltjämt huvudsakligen genom förvärvsarbete på den öppna arbetsmarknaden.

.. och 1986

Under de drygt 20 år som har gått sedan 1964 års kartläggning har de tunga alkoholmissbrukarnas arbetsmarknadssituation försämrats dramatiskt. Arbetet spelar i dag en mycket underordnad roll för missbrukarnas försörjning — om man ser till de missbrukare som är aktuella inom socialtjänsten. Arbete har i stor utsträckning ersatts av pension och socialbidrag. Situationen kan belysas av några uppgifter ur en aktuell undersökning av missbrukare aktuella på ett av Stockholms socialdistrikt (Eliasson 1986) — se figur 5:6.

Figur 5:6 Missbrukare aktuella vid ett socialdistrikt år 1985 — olika försörjningsalternativ



Källa: Eliasson 1986

Andelen som hade sin försörjning av arbete var knappt tio procent. Även om dessa siffror gäller Stockholmsförhållanden är det rimligt att anta att situationen inte är markant annorlunda i övriga landet. Tillgången på arbete är god i Stockholm och arbetslösheten låg jämfört med andra delar av landet.

Socialbidraget spelar numera en dominerande roll för missbrukarnas försörjning. Nästan hälften av missbrukarna i socialdistriktsundersökningen fick sin huvudsakliga försörjning genom socialbidrag. Socialbidragsberoendet var ofta långvarigt och hade i många fall pågått mellan fem och tio år.

Utslagningen från arbetsmarknaden har blivit mer omfattande och mer definitiv för de tunga missbrukarna. En bild av utvecklingen ges i en undersökning av hemlösa missbrukare (Isaksson m fl 1978) — se tabell 5:3.

Tabell 5:3 Arbetssituation år 1969 och år 1976 för manliga alkoholmissbrukare (procent)

	1969	1976
Fast arbete	13	4
Diversearbete	43	12
Beredskapsarbete, skyddat arbete	25	17
Summa med arbete	81	33
Ej i arbete	19	67
Summa	100	100

Källa: Isaksson m fl 1978

Tabellen ger en tydlig illustration av dessa mäns svaga förankring på arbetsmarknaden. Förhållandena har försämrats kraftigt under de år klienterna har följts. Andelen med arbete har minskat drastiskt, från drygt 80 procent till enbart en tredjedel. Försämringen är störst för dem som tidigare varit sysselsatta med diversearbete.

Arbetsmarknadens förändringar

Antalet arbetstillfällen har ökat i Sverige i stort sett under hela efterkrigstiden. Aldrig tidigare har en så stor del av befolkningen funnits med i arbetskraften som i dag. Förvärvsintensiteten har ökat för befolkningen som helhet vilket i hög grad kan förklaras av kvinnornas ökade arbetskraftsdeltagande. En kategori vars arbetskraftsdeltagande minskat något är de ensamstående männen.

För att få en klar bild av hur arbetsmarknadens förändringar har inverkat på olika befolkningskategorer räcker det emellertid inte att utgå från totalsiffror. Marklund (1980) har i en uppsats diskuterat missbrukarnas situation på arbetsmarknaden. För att få en mer detaljerad bild gör han en uppdelning i olika delarbetsmarknader.

De av de tunga missbrukarna som överhuvud taget har något förvärvsarbete återfinns till stor del inom en av dessa delarbetsmarknader, som Marklund kallar marginalarbetsmarknaden. Denna arbetsmarknad, som sysselsätter icke-yrkesutbildade arbetare, har minskat kraftigt under senare år, både i absoluta tal och — ännu tydligare — i relation till totala antalet anställda. Bara under femårsperioden 1974—1978 försvann 35 000 arbetstillfällen från denna arbetsmarknad.

Att antalet arbetstillfällen totalt sett har ökat, hjälper alltså inte missbrukarna, vars traditionella arbetsmarknad i stället har krympt kraftigt. Konsekvenserna för de tunga missbrukarna är att möjligheten till arbete på den öppna marknaden minskar.

Förtidspension blir lösningen för många

Lösningen blir i stället förtidspension för en stor grupp av missbrukarna. Den tidigare refererade Stockholms-undersökningen visade att omkring en fjärdedel av missbrukarna på ett socialdistrikt hade pension eller sjuk-

bidrag. Man kan förutsätta att andelen förtidspensionerade i realiteten är ännu högre. I och med att klienten får pension och hans ekonomiska situation stabiliseras, försvinner en viktig anledning till kontakt med socialtjänsten. För en del innebär det att kontakten med socialtjänsten helt upphör.

I den s k Krukis-undersökningen var ökningen av andelen förtidspensionärer den mest slående förändringen av klienternas förhållanden mellan åren 1969 och 1976. År 1969 var endast 4 procent av männen förtidspensionerade. Sju år senare (1976) hade andelen ökat till 48 procent.

I en del av fallen är naturligtvis förtidspensioneringen en humanitär åtgärd som innebär befrielse från ett liv präglat av osäker och otrygg försörjning med ett starkt beroende av socialbidrag. Samtidigt innebär dock förtidspensioneringen nästan alltid den sista bekräftelsen på utslagningen från arbetsmarknaden. För många innebär pensioneringen ett slags psykologisk gräns; man berövas "en identitet och en med denna identitet förknippad möjlig framtid och vardagsrutin" (Isaksson m fl 1978).

Undersökningen visade också, vid en noggrann genomgång av varje individs arbetsförmåga och problem, att det i många fall inte i strikt medicinsk mening förelåg några klara hinder för klienten att arbeta. Arbetsförmågan var visserligen i allmänhet nedsatt, bl a till följd av missbruket, men inte i sådan utsträckning att det verkligen utgjorde ett hinder för arbete. "Pensionerad på grund av effektivitetsrationaliseringar och strukturomvandling skulle det ha kunnat stå i akterna" (Gough m fl 1979).

Pensioneringarna ledde i många fall till en försämrad situation för missbrukarna. Även om arbetsperioderna tidigare sällan var särskilt långa bidrog ändå anknytningen till arbetsmarknaden till att missbrukarnas vardagsliv erhöll en viss struktur och till att missbruket i viss utsträckning hölls i schack. I samband med pensioneringen blev alternativet för många en starkare tillhörighet till de hemlösas delkultur med ökat missbruk som följd.

Att pensionering kan leda till en försämrad situation och ett ökat missbruk gäller inte enbart för de bostadslösa männen. I själva verket är det ett vanligt fenomen bland missbrukare överhuvud taget, så pass vanligt att man ibland talar om "pensioneringsalkoholism" (Löfgren, Nelson-Löfgren 1980).

Löfgren nämner tre orsaker till att problemen har en tendens att öka i samband med pensionering och långvariga sjukskrivningar:

- Arbetsplatsens krav på närvaro har en "antabuseffekt": "Jag kan inte dricka mer i kväll för att jag ska till jobbet i morgon".
- Att ha en uppgift ökar självkänslan och minskar behovet av att dricka.
- Samvaron med arbetskamrater minskar ensamhetskänslan och därmed också behovet av alkohol.

Förtidspensionering av missbrukare leder dock inte alltid till en försämrad situation. En utvärdering av den lagändring som genomfördes år 1977, vilken innebar ökade möjligheter för missbrukare att få förtidspension, visar att pensioneringen också kan ha motsatt effekt (Elton,

Hörnquist 1983). Undersökningen omfattade 61 personer som följdes under två års tid. Jämfört med en kontrollgrupp minskade de pensionerades alkoholkonsumtion något och deras välbefinnande ökade. Enligt författarna var pensioneringen en viktig bidragande orsak till förbättringen. Pensioneringen innebar inte bara ekonomisk trygghet utan också tillgång till andra stödformer för pensionerade som hemhjälp, servicecentra osv.

Förtidspensioneringarna har ökat kraftigt i alla missbrukargrupper. I den tidigare nämnda Skarpnäcksundersökningen ökade andelen förtidspensionerade från drygt 15 procent år 1970 till drygt 50 procent år 1982. Som ytterligare jämförelse kan nämnas att på vårdhemmet Högalid, som var Skarpnäcksgårdens föregångare, fanns år 1957 bara omkring 4 procent förtidspensionärer. "Det finns inga hållpunkter", skriver Ågren, Berglund, "för att den ökande andelen förtidspensionärer motsvaras av någon ökning av förslitningssjukdomar som normalt brukar medverka till pensionering. Tvärtom tyder Gunnar Inghes studie på att denna typ av sjukdomstillstånd var vanligare bland gästerna på vårdhemmet Högalid" (Ågren, Berglund 1984).

Vilken roll spelar missbruk av alkohol eller narkotika för förtidspensioneringarna? Det är svårt att besvara den frågan med ledning av statistiken över antalet beviljade förtidspensioner, eftersom missbruksdiagnoser långtifrån alltid redovisas, även om missbruksproblemen är betydande. Antalet redovisade alkoholrelaterade huvuddiagnoser vid nybeviljade förtidspensioner ökade från ca 1 300 år 1971 till drygt 2 100 år 1977. Under de därpå följande åren sjönk antalet på nytt till ca 1 300 år 1983. Med hänsyn till osäkerheten i registreringen måste dock siffrorna tolkas med försiktighet.

I de yngre åldersgrupperna är andelen direkt alkoholrelaterade fall högre. I åldrarna 30—49 år är andelen 2,5 gånger högre än bland samtliga.

De yngre missbrukarna

Ett pågående forskningsprojekt om yngre klienters arbetsmarknadssituation visar en dyster bild (Isaksson, Svedberg 1987). Det var vid undersökningstillfället mycket få som hade arbete. Detta fåtal hade dessutom ofta bara haft ett arbete under kort tid och arbetat mycket sporadiskt. Sammanlagt hade gruppen under ett år varit i arbete i genomsnitt fyra månader.

Gruppens arbetshistoria visar dock att de allra flesta (80 procent) hade kommit igång med arbete efter avslutad utbildning. Uppgiften innebär en viktig nyansering av bilden av de yngres ställning på arbetsmarknaden. Den tyder på att det stora problemet för de yngre missbrukarna inte är att komma in på arbetsmarknaden utan snarare att kunna behålla arbetet och bli kvar på arbetsmarknaden.

Även denna undersökning tyder på att arbetsrehabiliterande åtgärder bara tycks spela en marginell roll. Det var enbart 10 procent av samtliga som hade kommit i kontakt med någon form av erbjudande om arbets-

vårdande åtgärder. Detta trots att denna typ av insatser kraftigt har byggts ut under det senaste decenniet.

I en annan undersökning av missbrukare på ett socialdistrikt (Marklund m fl 1984) fann man också att det bara var en mycket liten grupp som försörjde sig genom arbete. Detta gällde oavsett vilken åldersgrupp missbrukaren tillhörde. Men de alternativa försörjningssätten såg olika ut för de yngre och de äldre missbrukarna. De yngre försörjde sig i stor utsträckning på socialbidrag, de medelålders hade oftare sjukpenning medan en hög andel av de något äldre var förtidspensionerade.

Denna undersökning är alltså en av de många som visar att socialtjänstens klienter har en dyster arbetssituation. Men den visar samtidigt att förhållandevis många av klienterna har en viss, låt vara marginell anknytning till arbetslivet. Nära hälften av männen hade haft anställning någon gång under det senaste året före undersökningstillfället. Författarnas genomgång av personakterna visade dock att det mycket sällan återfanns några uppgifter i dessa om klienternas arbetslivserfarenheter eller om orsaken till att arbetet upphört. I ännu färre fall redovisades försök från socialarbetarnas sida att upprätthålla kontakten med arbetslivet. Socialarbetarnas krav att klienterna skall anmäla sig till arbetsförmedlingen framstod som en formell ritual. "Det här väcker", skriver författarna, "en fråga som är viktig. Bidrar socialvården till att permanenta utslagningen från arbetsmarknaden genom att inte ta fasta på klienternas anknytning till arbetslivet?"

Även andra rapporter förmedlar en kritisk eller pessimistisk syn på socialtjänstens insatser när det gäller klienternas arbetsproblem. I en klientinventering på socialdistrikt 14 i Stockholm (Eliasson 1986) gjordes en bedömning av de missbrukande klienternas behov av stöd. För 29 av de 125 klienterna angavs behov av arbete/sysselsättning. Men enligt inventeringen var så många som 77 av klienterna arbetslösa. Det stora flertalet av de arbetslösa missbrukarna hade ingen kontakt med arbetsförmedlingen. För majoriteten fanns inga pågående eller planerade arbetsmarknadsåtgärder. Rapporten konstaterar att "i dagsläget har vi mycket få alternativ att erbjuda denna grupp missbrukande klienter med arbetslöshetsproblem".

Socialtjänsten tycks präglas av en uppgivenhet när det gäller möjligheterna att hjälpa klienterna till arbete. Svårigheterna är också stora. Resurserna för särskilda beredskapsarbeten och skyddat arbete är begränsade och tas ofta i anspråk av andra grupper med arbetsmarknadsproblem men utan allvarliga missbruksproblem. Arbetsförmedlingarna gör numera också en mycket ingående prövning av de människor som blir föremål för särskilda arbetsmarknadspolitiska åtgärder. För missbrukare innebär det ofta att man kräver att klienten skall vara medicinskt och socialt rehabiliterad innan man kan ta emot vederbörande. Vi återkommer i kapitel 7 till frågan om ett förbättrat samarbete mellan socialtjänsten och arbetsmarknadsmyndigheterna när det gäller de missbrukare som är aktuella inom socialtjänsten.

5.5 Bostadsförhållanden

De tunga alkoholmissbrukarna har som regel en dålig och instabil boendesituation. Många har ett mer eller mindre tillfälligt boende, bor hos kompisar eller i andra hand. Andra bor på inackorderingshem eller på olika boendeenheter för missbrukare. En förhållandevis stor grupp av de tunga missbrukarna är helt bostadslösa.

Av alla institutionsvårdade klienter i Stockhoms län betecknades år 1985 drygt en femtedel som bostadslösa vid inskrivning till institutionen. Klassificeringen avser den huvudsakliga bostadsformen under ett halvår före inskrivningen. Institutionsboende, boende på kategorihus, och boende i andra hand räknas inte som bostadslöshet. Skulle även dessa boendeformer räknas som bostadslöshet, stiger andelen bostadslösa kraftigt.

Även bland de LVM-vårdade klienterna är bostadslösheten omfattande. Av dem som erhöll LVM-vård under första halvåret 1986 saknade närmare en femtedel egen bostad vid inskrivningen till LVM-hemmet.

Bostadslöshet är framför allt ett problem i storstadsregionerna men förekommer även i andra delar av landet. Vid en genomgång av LVM-vårdade klienter i Östergötlands län år 1984 betecknades 16 procent som bostadslösa.

Det finns inga aktuella undersökningar av hur stor den totala gruppen bostadslösa missbrukare är. Enligt uppgifter till beredningen från socialförvaltningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö kan man våren 1987 uppskatta antalet aktuella bostadslösa i dessa tre städer till omkring 5 000 personer. Som bostadslösa inräknas då de som har ett mycket tillfälligt boende och de som återfinns inom de särskilda boendeenheterna för bostadslösa.

Bostadslöshet är inget nytt fenomen. Sedan början av 1950-talet har socialvården arrangerat tillfälligt boende för klienter helt utan bostad. Under de senaste decennierna har problemet med bostadslöshet förändrats.

Under 1960-talet var bostadslösheten betydande. De hemlösa hänvisades ofta till natthärbärgen och ungkarlshotell. Dessa enheter var som regel primitiva. Man bodde i sovsalar och den materiella standarden var också i övrigt låg. Under denna tid var den allmänna bostadsbristen stor och möjligheten att skaffa egna lägenheter till de tunga missbrukarna små.

Under 1970-talet förändrades situationen radikalt. Bostadsbristen förbyttes i ett lägenhetsöverskott och många av de tidigare bostadslösa fick erbjudanden om egna lägenheter. Bostadslösheten minskade. De lägenheter de tunga missbrukarna fick var i stor utsträckning sådana som annars var svåra att få uthyrda.

Bostadslösheten minskade alltså under denna period, men den försvann inte. Vid mitten av 1970-talet fanns fortfarande drygt 4 000 personer som under ett år utnyttjade ungkarlshotell och liknande i Stockholm. Det kan jämföras med den kartläggning av ungkarlshotellklientelet som Gunnar Inghe genomförde år 1960 och som visade att gruppen då bestod av omkring 5 000 personer. Det var framför allt de medelålders som flyttade in i lägenheter. De äldre och de under 30 år ökade sina relativa

andelar bland de bostadslösa (Norman, Svensson 1977). När man jämför 1970-talets siffror över antalet bostadslösa med 1960-talets, bör man emellertid observera att den totala gruppen av socialt utslagna missbrukare sannolikt ökade under denna period.

En konsekvens av att fler missbrukare flyttade in i egna lägenheter var att man på många håll kunde lägga ned en del av de tidigare boendeenheterna för bostadslösa. Det var framför allt de mest slumbetonade enheterna som avvecklades. De enheter som var kvar genomgick en materiell upprustning.

Inflyttningen i egna lägenheter kom dock att skapa nya problem. För många blev omställningen och kontakten med vanliga hyresgäster svår att hantera. För en del, som behöll kontakterna med de tidigare missbruksgängen, innebar det att lägenheterna ibland förvandlades till "kvartar" och att störningarna för övriga boende blev omfattande. Inte sällan ledde detta till att missbrukarna vräktes och åter hamnade i ett mer eller mindre permanent institutionsboende.

Andra försökte hålla sig undan från supkompisarna men lyckades inte utveckla några alternativa, sociala kontakter. För dem kunde det egna boendet medföra en förstärkt isolering. Många blev också förtidspensionerade under denna period vilket kunde innebära att inte bara kontakten med arbetslivet definitivt upphörde utan också att kontakten med socialvården tunnades ut.

Under de allra senaste åren har bostadslösheten bland de tunga missbrukarna ökat på nytt, i varje fall i de tre storstadsområdena. Det visar sig bl a i att trycket på delar av institutionsvården liksom på inackorderingshemmen har ökat och att man på vissa håll har tvingats ta till särskilda lösningar med t ex hotellboende för att kunna ge klienterna tak över huvudet.

Det är flera faktorer som har bidragit till denna utveckling.

Grundläggande är åter förändringarna på bostadsmarknaden. Bostadsbyggandet har minskat kraftigt sedan mitten av 1970-talet. Antalet inflyttningsfärdiga lägenheter har minskat varje år under 1980-talet, från 51 000 lägenheter år 1980 till knappt 29 000 lägenheter år 1986. Samtidigt har inflyttningen till de större städerna åter tagit fart. Detta har skapat en ökad bostadsbrist.

Samtidigt har det skett förändringar inom bostadsbeståndet som påverkat bl a missbrukarnas möjlighet att erhålla bostäder. Framför allt i Stockholmsområdet har många hyreslägenheter omvandlats till bostadsrätter. Att få tillgång till dessa kräver en avsevärd kontantinsats vilket effektivt utestänger socialtjänstens klienter.

I samband med lägenhetsrenoveringar slås ofta mindre lägenheter samman till större. Under år 1986 försvann omkring 1 200 lägenheter i storstadsområdena i samband med lägenhetsrenoveringar. Antalet smålägenheter med låga hyror minskar alltså och därmed också utbudet för missbrukarna som till största delen är ensamstående. Dessutom har konkurrensen om de mindre lägenheterna ökat. Särskilt uppmärksammade är svårigheterna för ungdomar att få lägenhet men även andra grupper konkurrerar med missbrukarna om de mindre lägenheterna, t ex äldre och flyktingar.

Till detta kommer också en annan inställning från hyresvärdarna. Man är i dag mer restriktiv när det gäller att upplåta lägenheter till tunga missbrukare. Under de senaste åren har det förts en debatt om "störande grannar" där övriga boendes krav på att inte bli störda har uppmärksammats. På vissa håll har s k störningsjourer inrättats för att hantera klagomål och konflikter mellan de boende. Denna skärpta attityd har sannolikt bidragit till att ytterligare försvåra bl a missbrukarnas boendesituation.

Under de allra senaste åren har vidare antalet vårdplatser vid institutioner som traditionellt vänder sig till gruppen tunga missbrukare minskat (se avsnitt 5.8), vilket också kan ha bidragit till att bostadsproblemen accentuerats. Samtidigt har nedläggningen av enheter för skyddat boende, natthärbärgen och ungkarlshotell, fortsatt. Bara under de senaste åren har flera hundra platser försvunnit på boendeenheter för tunga missbrukare.

På vissa håll planerar man nu åter utbyggnader av särskilda kategorihus och korttidsboendeenheter för att lösa de akuta problemen.

Samtidigt finns det en växande medvetenhet om att enbart tillgång till egen lägenhet inte löser de tunga missbrukarnas boendeproblem. Det krävs därutöver stödinsatser och i många fall olika typer av skyddat boende. För äldre missbrukare har också många kommuner utvecklat former för gruppboende med kontakt med öppenvårdsmottagningar och hemservice för att ge stöd och skapa en social gemenskap som kan ge missbrukarna en realistisk chans att klara av det egna boendet.

I Malmö, som haft ett omfattande hotellboende för de bostadslösa klienterna, har socialförvaltningen inrättat en tillfällig, specialiserad verksamhet för att förbättra de bostadslösas situation. Det kan finnas skäl att avslutningsvis uppmärksamma denna verksamhet. Man strävar efter att utveckla ett samarbete med hyresvärdarna och särskilt de privata värdarna för att förmå dessa att ta emot bostadslösa klienter. Man vill undvika att samla många hyresgäster med omfattande sociala problem i samma fastighet. Tanken är att varje hyresvärd skall ta emot åtminstone någon sådan hyresgäst. Lägenhetsboendet är en form av försöksboende där socialförvaltningen har kontraktet och betalar hyran. I socialförvaltningens åtagande ingår att svara för stöd och en kontinuerlig kontakt med den boende vilket ofta är den avgörande förutsättningen för att hyresvärdarna skall släppa till lägenheter. Efter ett års problemfritt boende kan klienten få överta hyreskontraktet. Kontakten med den boende sköts av personal från basenheterna för vuxna och avsikten är att dra med klienten i basenhetens övriga verksamhet.

För vissa av klienterna är det inte möjligt eller lämpligt med ett eget boende och för dessa inrättar man särskilda mindre boendeenheter. Kontakten med klienterna på dessa sköts också av personalen från basenheterna för vuxna.

De tunga missbrukarnas boendesituation förefaller sammanfattningsvis att — efter en period av förbättringar — åter ha försämrats. Den öppna bostadslösheten ökar och svårigheterna att lösa klienternas boendeproblem har blivit större. Samtidigt talar en omfattande erfarenhet för att enbart lägenheter inte räcker för att lösa klienternas boendeproblem.

Utöver bostad krävs också ofta omfattande stödjande insatser från socialtjänstens sida.

5.6 Vården — oplanerad, kortsiktig och utan kontinuitet

5.6.1 Inledning

Socialtjänstens arbete med de tunga alkoholmissbrukarna kännetecknas av betydande problem och svårigheter. Problemen ligger på flera olika plan. Det handlar om bristande samordning av olika insatser, om svårigheter för socialtjänsten att åstadkomma en effektiv och konsekvent uppföljning av institutionsvården, om svårigheter att nå de tunga missbrukarna med erbjudanden om vård och att hålla dem kvar i den vård som erbjuds. Problemen kan tillskrivas brister i fråga om både resurser och metoder samt naturligtvis inte minst att missbrukarnas problem är så allvarliga att de ställer vården inför mycket stora svårigheter. Klienternas problem är också i stor utsträckning orsakade av förhållanden som vården har små möjligheter att påverka, t ex när det gäller arbets- och bostadsförhållanden.

När vi i det följande tar upp några centrala problem i socialtjänstens arbete med de tunga missbrukarna, är vårt perspektiv kritiskt. Vi vill dock understryka att kritiken inte riktar sig mot enskilda socialarbetares arbetsinsatser. Vårt intryck är tvärtom att de socialarbetare som arbetar med tunga missbrukare, ofta gör engagerade insatser. På många håll finns också en tydlig strävan att utveckla arbetet. Arbetsvillkoren är dock inte sällan pressade och arbetsbelastningen hög. Att arbeta med missbrukare är ofta också psykiskt krävande. För att orka med arbetet och för att söka utveckla det vidare behöver socialarbetarna mycket stöd i form av bl a handledning, vilket de i dag ofta inte får.

Vi är medvetna om att kritiken inte är generellt giltig. På många håll inom socialtjänsten görs det viktiga och konstruktiva insatser för missbrukarna. Vi kommer att beröra exempel på sådana verksamheter i det följande. Dessa insatser dominerar dock inte bilden. Ser man på området i dess helhet, är problemen avsevärda. Vi tror att det är väsentligt att tydligt beskriva dessa svårigheter för att få en realistisk utgångspunkt för överväganden om hur vården kan förbättras.

Kritiken mot missbrukarvården är koncentrerad till några grundläggande problem. Dessa är att vården i alltför hög grad är oplanerad, kortsiktig och utan kontinuitet. Vi kommer att i vår framställning utgå från dessa begrepp. Först skall vi dock diskutera hur socialtjänsten kommer i kontakt med missbrukarna och de förändringar socialtjänstlagen har inneburit för missbruksarbetet.

5.6.2 Socialtjänstens kontakt med missbrukarna

De yttre ramarna för socialtjänstens arbete med missbrukarna har förändrats kraftigt genom att nykterhetsvårdslagen ersattes av socialtjänstlagen och LVM år 1982. Dessutom övertog primär- och landstingskommunerna år 1983 det tidigare statliga ansvaret för institutionerna.

Socialtjänstlagen reglerar vårdarbetets innehåll betydligt mindre än den tidigare nykterhetsvårdslagen. Nykterhetsvårdslagen angav både vilka missbrukare socialvården skulle arbeta med och vad arbetet skulle syfta till och talade dessutom i stor utsträckning om vilka metoder som skulle användas. Missbruk förelåg då någon "ej blott tillfälligt använder alkoholhaltiga drycker till uppenbar skada för sig själv eller annan". Syftet med socialvårdens insatser var att återföra missbrukaren till ett nyktert levnadssätt. Medlen för att åstadkomma detta var en katalog av åtgärder, från utredning och olika former av frivilliga hjälpåtgärder till övervakning och institutionsvård, antingen frivilligt eller med tvång. Centralt i arbetet var själva undersökningen som skulle leda fram till en bedömning om lagen var tillämplig eller inte. Genom undersökningen kom socialarbetaren ofta i motsatsställning till klienten och det viktiga blev att avslöja om missbruket var sådant att det kunde leda till åtgärder eller inte. Metodiken har ofta beskrivits som "tumskruvsmetoden". Om inte en liten åtgärd räckte så tog man till en kraftigare och i sista hand blev det fråga om ett långvarigt omhändertagande med tvång.

Socialtjänstlagens tillkomst innebär att förutsättningarna för arbetet har förändrats. Utgångspunkten är inte längre bara missbruket utan människors behov av stöd och bistånd. Arbetet skall bedrivas med respekt för människors självbestämmande och integritet (1 §) och syfta till att hjälpa människor att klara sig själva (6 §). Den paragraf i socialtjänstlagen som direkt talar om missbruksproblem är 11 §:

> "Socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Insatser för barn och ungdom bör därvid ägnas särskild uppmärksamhet.
>
> Socialnämnden skall genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. Nämnden skall även stödja den enskilde missbrukaren och se till att han får den hjälp eller vård som behövs för komma ifrån missbruket."

Socialtjänstlagen är betydligt mindre vägledande än nykterhetsvårdslagen. Den kan samtidigt innebära stora möjligheter att utifrån socialarbetarens kunskaper och resurser lägga upp arbetet så att det avpassas efter den enskilde missbrukarens behov av hjälp. Lagstiftaren har emellertid inte bara givit socialtjänsten större frihet att utforma arbetsmetoderna utan också större frihet att låta bli att ingripa.

Socialtjänstprojektet vid socialhögskolan i Stockholm har i ett forskningsprogram följt socialtjänstlagens tillämpning i fyra kommuner under lagens första år. De fyra kommunerna kallar man storstad, förstad, mellanstad och glesbygd (Pettersson 1986). Undersökningen bygger i huvudsak på intervjuer med socialarbetare, politiker och klienter.

Undersökningen visar att socialtjänstlagen hittills inte har inneburit några stora förändringar när det gäller arbetet med missbrukare. Missbruksarbetet är det område inom individ- och familjeomsorgen som socialarbetarna uppfattar som det mest problematiska och som den tyngsta arbetsuppgiften.

Man har granskat ett urval ärenden (678 personer) aktuella under år 1982 vid de fyra kommunerna och bl a försökt uppskatta missbruksproblemens omfattning bland klienterna — oavsett om dessa bedömdes som det huvudsakliga problemet eller inte. Socialarbeterna tillfrågades om de kände till någon form av missbruk hos klienten eller hans närstående. Hos 36 procent av klienterna uppskattade socialsekreterarna att det fanns missbruk hos klienten, hans närstående eller båda. I ytterligare 9 procent av ärendena misstänkte socialsekreterarna att det kunde finnas missbruk med i bilden. Dessa siffror visar vilken betydande omfattning missbruket har bland socialtjänstens klienter. Intressant är emellertid att socialarbetarna inte såg missbruksproblemen som klientens huvudsakliga problem i mer än 12 procent av fallen.

Missbruksklienterna skiljer sig från övriga klientgrupper på flera sätt. Socialsekreterarna bedömde klienternas vilja, förmåga och yttre förutsättningar att lösa problemen. Enligt denna bedömning hade missbruksklienterna mindre "vilja" och "förmåga" och sämre yttre förutsättningar än övriga.

Socialsekreterarnas möjlighet att bidra med önskvärda insatser bedömdes vidare som lägst i missbruks- och barnavårdsärendena. I omkring en fjärdedel av fallen ansåg socialsekreterarna att de helt kunde bidra med de önskvärda insatserna. I 14 procent av missbruksärendena ansåg socialsekreterarna att de inte alls kunde bidra till problemens lösning. För missbrukarna låg hindren enligt socialsekreterarna framför allt i att klienten var svår att påverka (46 procent), att tid saknades (30 procent) eller att lösningen låg utanför socialtjänstens område (28 procent).

Undersökningen försöker också jämföra önskvärda insatser med de insatser som i realiteten görs. Här framkommer stora skillnader. Generellt sett gav man mindre av personligt inriktade insatser och betydligt mer av ekonomiskt bistånd än man ansåg skulle behövas. Särskilt stor var denna skillnad i missbruksärendena. Socialarbetarna bedömde att missbruksklienterna behövde ekonomiskt bistånd i 34 procent av fallen men i realiteten fick klienten ekonomiskt bistånd i 59 procent av fallen. Förhållandet var det motsatta när det gäller behovet av direkta behandlingsinsatser. Sådana bedömdes som önskvärda i 30 procent av fallen men gavs i endast 3 procent av fallen. Författarna drar slutsatsen att ekonomiskt bistånd får kompensera bristerna när det gäller att komma tillrätta med såväl personliga som strukturella problem.

Missbrukarna hör, enligt undersökningen, till dem som i större utsträckning än andra bedöms ha alltför svåra problem för att man skall kunna bidra till lösningen på ett önskvärt sätt. Missbrukarna är också den klientgrupp som bedöms som svårast att påverka och svårast att samarbeta med.

Enligt undersökningen tycks den nya lagen ha medfört förändringar i det direkta klientarbetet enbart i relativt få fall.

Undersökningen är kritisk till socialtjänstens arbete med missbrukarna och sammanfattar missbruksarbetet på följande sätt:

"Det är svårt att få fram resultat som visar att socialtjänsten ägnar sig åt någon missbruksbehandling över huvud taget — i varje fall inte på socialkontoren. Snarare får man en bild av en verksamhet som alla upplever som tung och besvärlig och som man helst vill slippa. De insatser som görs tycks ligga mer på ett materiellt och formellt plan än på ett personligt."

Att den öppna socialtjänsten, som utgör basen i missbruksarbetet, har små möjligheter att utföra ett effektivt arbete med de missbrukare man möter med den organisation och de arbetsmetoder man använder i dag framstår som en rimlig slutsats av utvärderingen.

5.6.3 Insatserna är oplanerade

En grundläggande kritik av vården som vårdarbetare framfört är att insatserna mot missbruksproblemen ofta är oplanerade. En del av denna kritik går ut på att insatserna inte har sin grund i någon uttalad syn på missbruksproblemen och av denna orsak tenderar att bli ytliga. Bristen på planerade insatser leder också till att vården har en tendens att på ett passivt sätt möta missbrukarnas behov av hjälp och omhändertagande. Dessutom hävdar man att vården i alltför liten utsträckning upptäcker klienternas missbruksproblem vid deras kontakter med socialtjänsten.

Insatserna är passiva och ytliga

När det gäller vårdens innehåll går en stor del av kritiken ut på att vården är passiviserande och ytlig. Inte sällan, hävdar man, intar vården en passivt accepterande hållning till missbrukarens problem. Ett sådant förhållningssätt ligger i många fall också i linje med missbrukarnas egna behov av att bli omhändertagna. Många av alkoholmissbrukarna uppfattar sig själva som svaga och oansvariga med stora omhändertagandebehov. Antingen ställer vården upp på detta behov, vilket till stor del gäller för den traditionella institutionsvården och sjukvården, eller också uppfattas missbrukarna som så besvärliga och krävande att de i stället avvisas från kontakt. Det har varit svårt att utveckla konstruktiva mellanlägen. I en intervju i socialstyrelsens programskrift "Vården av alkoholmissbrukare — problem och möjligheter" (Socialstyrelsen redovisar 1978:4) uttrycks detta på följande sätt:

"Ser man på vården utifrån det perspektivet (behovet av att bli omhändertagen) så kan man konstatera att man i dag antingen totalt tillfredsställer dessa behov hos alkoholmissbrukarna — genom att ta hand om dem på någon institution under absolut kravlösa former och 'mamma om dem' under någon tid — eller att man totalt frustrerar behoven genom att avvisa missbrukarna, uppmana dem att klara sig själva, sätta en massa gränser, som blir stridspunkter mellan missbrukarna och vårdens företrädare."

Även sjukvården tenderar att passivisera missbrukarna genom sin syn på missbrukarna som sjuka. Sjukrollen blir ett sätt att överlämna ansvaret för sin tillvaro till sjukvårdspersonalen.

Också mot institutionsvården, framför allt de traditionellt arbetande institutionerna, har det riktats stark kritik. De arbetar, anser man, med för låga krav och ett för högt omhändertagande som leder till anstaltsskador och hospitalisering. Vården bidrar inte till att hjälpa missbrukarna ur sina problem utan bidrar snarare till att permanenta dem.

I kritiken har också framkommit den synpunkten att vården i alltför hög grad arbetar som om alla missbrukare var lika, med samma slag av problem som kan behandlas på likartat sätt. Detta är, menar man, en i grunden felaktig föreställning. Olikheterna mellan missbrukarna är betydande och mer framträdande än likheterna. Det gör också att institutionsvården måste ha olika inriktning och olika arbetsformer för olika grupper av missbrukare.

Många vårdarbetare kritiserar också vårdens ytlighet. Denna kritik är inte ny. I socialstyrelsens nämnda skrift formuleras denna kritik, i en annan intervju, på följande sätt:

"Det mesta av den hjälp som de svåra alkoholmissbrukarna får är oerhört ytlig i förhållande till de problem som det gäller. Man ger lite råd och stöd och socialhjälp för att lösa problem som byggts upp och förstärkts i decennier. Det liknar en mygga som försöker bita en elefant."

Vården innebär i många fall inte annat än kortsiktiga punktinsatser som inte har någon möjlighet att påverka missbrukarens grundläggande situation.

Arbetet med socialbidragen döljer missbrukarnas problem

De vård- och behandlingsinsatser som görs sätts ofta in utan att ingå i någon långsiktig plan. I själva verket förefaller det som om den största delen av kontakterna med missbrukarna sker på grundval av missbrukarnas egna initiativ och omedelbara behov av hjälp. I stor utsträckning inskränker sig vårdinsatserna till att svara på dessa behov.

När klienterna uppsöker socialtjänsten är det i allmänhet för att erhålla ekonomiskt bistånd. I flera kommuner har inletts försök att på olika sätt skilja prövningen av socialbidragsärenden från det mer behandlingsinriktade arbetet. Fördelarna med detta är att den ekonomiska hjälpen kan betalas ut på ett för klienten enklare sätt och med klarare regler. För de klienter som enbart har behov av ekonomisk hjälp blir kontakten med socialtjänsten inte heller lika närgången och förknippad med skamkänslor om villkoren för det ekonomiska biståndet är enkla och tydliga. Uppdelningen har också ansetts kunna gynna behandlingsarbetet genom att "spelet om pengarna" försvinner.

I vissa fall har denna boskillnad gjorts mycket konsekvent genom att man inrättat särskilda kommunala s k "soft-grupper" som handlägger den ekonomiska hjälpen för en majoritet av klienterna enligt ett förenklat och strukturerat arbetssätt. Därmed har socialarbetare kunnat frigöras för andra uppgifter. Det finns exempel på att detta har lett till att metoderna för behandlingsarbetet har utvecklats. Ett sådant exempel kan hämtas från socialdistrikt 8 i Stockholm som under flera år drev ett utvecklingsprojekt där det förenklade socialbidragssystemet var en vik-

tig del (Sunesson 1985). Efter hand kunde bl a flera särskilda fältverksamheter komma igång och delvis på ett nytt sätt ta sig an missbrukare och människor med psykiska problem (Topor 1986).

Men på andra håll tycks uppdelningen i ekonomi- och behandlingsgrupper inte ha lett till denna metodutveckling. De särskilda ekonomigrupperna har där kvar en stor del av kontakterna med missbrukarna och i missbruksgrupperna fortsätter den ekonomiska hanteringen att dominera. Den tidigare nämnda klientinventeringen vid socialdistrikt 14 i Stockholm (Eliasson 1986) visar att omkring en femtedel av missbruksärendena handläggs av andra sektioner än av missbrukssektionen. Av pågående sociala insatser för missbrukarna utgörs nästan hälften av socialbidrag. "Om man jämför med övriga sociala insatser", sägs det i rapporten, "så läggs det ner mycket arbete på hanteringen av socialbidrag. Med stor säkerhet är det så att många sociala insatser får stå tillbaka för att socialbidragshanteringen i missbruksärendena tar tid."

Socialtjänsten upptäcker inte missbrukarna

Oavsett hur arbetet organiseras framstår det som ett problem att det ekonomiska arbetet i viss utsträckning döljer missbruksproblemen. Socialarbetarna tenderar att tolka problemen som ekonomiska även när de vet att missbruk förekommer. Detta har antytts av socialtjänstprojektets resultat och av den ovan nämnda klientinventeringen vid socialdistrikt 14. Det framkommer även i den undersökning av missbruksarbetet vid ett socialdistrikt (Marklund m fl 1984) som vi tidigare refererat. Där fann man att skillnaden mellan verkligt och registrerat missbruk var mycket stort. Det fanns nästan dubbelt så många missbrukare bland klienterna än vad som registrerats. De registrerade missbruksärendena utgjorde 35 procent av de undersökta ärendena men det verkliga antalet missbrukare var 61 procent. I en tidigare undersökning över klienter i Stockholm framkom också där en kraftig skillnad mellan registrerat och verkligt missbruk (Wächter m fl 1976).

Förklaringarna till detta förhållande kan vara flera. En ligger i att socialarbetarna inte anser sig ha några resurser att sätta in mot missbruksproblemen, vilket t ex socialtjänstprojektet antyder, och därför tenderar att begränsa sig till att behandla klienternas ekonomiska problem. En annan förklaring ligger i synen på missbruket som symtom på bakomliggande problem vilket leder till att man inte ser missbruket som sådant som ett centralt problem.

Ett tredje skäl förefaller vara att socialsekreterarnas kunskaper om klienternas problem och förhållanden ofta är vag och fragmentarisk. Man vet ganska lite om klienterna (se t ex Puide 1985, Sunesson 1981, Lundgren m fl 1980). Av tradition har det sociala arbetet varit inriktat mot konkreta åtgärder och lösningar. Detta har inneburit att det inte varit nödvändigt att skaffa sig särskilt djupgående kunskaper om klienternas livssituation och problem. Detta, den ytliga problemanalysen, förstärker i sin tur arbetets oplanerade karaktär.

Att uppmärksamma de yngre klienternas missbruksproblem tycks vara ett särskilt stort problem. De yngre efterfrågar i mindre utsträckning

hjälp för missbruket och kontakterna domineras i ännu högre grad av den ekonomiska hjälpen. I själva verket tycks missbruksproblemen bland de yngre klienterna vara mycket vanligare än man i allmänhet inser. I en pågående undersökning om yngre klienters arbetsmarknadssituation har missbruksproblemen framstått som dessa klienters dominerande problem även när socialtjänsten enbart uppfattat problemen som ekonomiska (Isaksson, Svedberg 1987).

Kontakten är sporadisk och defensiv

Trots arbetets akuta och kortsiktiga karaktär är missbrukarnas kontakt med socialvården ofta långvarig. Det är inte ovanligt att klienternas kontakter med socialvården har pågått under fem till tio år eller ibland ännu längre. Men att kontakten pågått under lång tid är inte detsamma som att den har varit särskilt tät eller intensiv. Marklund m fl (1984) redovisar hur många gånger under ett år som möten mellan socialarbetarna och missbrukarna finns registrerade i akterna (tabell 5:4).

Tabell 5:4 Kontaktfrekvens mellan socialarbetare och missbrukare (procent)

Kontaktens omfattning	Män	Kvinnor	Alla
ingen kontakt	20	8	18
några ggr/år	45	34	43
1—2 ggr/månad	16	25	18
1—2 ggr/vecka	8	20	10
oregelbunden, men tät	9	12	10
annat	1	—	1
	99 (302)	99 (61)	100 (363)

Källa: Marklund m fl 1984

Av tabellen kan man se att en stor grupp av missbrukarna har en mycket sporadisk kontakt med socialarbetarna. Nästan hälften av klienterna kommer till socialkontoret endast några gånger per år. Närmare en femtedel har överhuvud taget ingen registrerad kontakt men är trots detta angivna som aktuella ärenden. De som kommer oregelbundet men ofta, utgörs framför allt av de yngre klienterna. Här återfinns de mest "trassliga" klienterna som kommer när de själva tycker det passar och som inte håller några uppgjorda planer. De spontana besöken är nästan alltid grundade på att klienten behöver pengar. Bland dem som kommer ofta och regelbundet återfinns framför allt de klienter vars medel socialarbetarna förvaltar.

Den här bilden återkommer även i andra beskrivningar av det sociala arbetet från t ex Örebro (Johansson 1985), Sundsvall (Conrah 1981) och i socialtjänstprojektet (Pettersson 1986).

Det förefaller uppenbart att de sporadiska kontakterna inte kan bli särskilt betydelsefulla för klienterna. Den tid socialarbetarna har på sig att påverka klienten är minimal. Detta är naturligtvis delvis, men inte bara, en resursfråga. Till en del framstår de glesa och oregelbundna kon-

takterna som ett förhållningssätt inom socialtjänsten motiverat av att inte ge mer hjälp än nödvändigt och att inte i onödan binda upp missbrukarna till sig. Detta förhållningssätt går emellertid ut över kontakten mellan socialarbetare och klient, varför relationen aldrig får någon chans att fördjupas.

Man kan, skriver Marklund m fl,

"karaktärisera arbetet som defensivt. Socialarbetaren sitter på sitt rum och saker händer utan att hon påverkar det. Det är inte socialarbetaren som söker upp klienten. Det är inte socialarbetare som avgör vilka klienter hon vill koncentrera sig på. Hon kan värja sig och hon kan välja bland dem som kommer, men varje människa som kommer har rätt till hjälp och det förekommer få aktiva försök att hjälpa dem som inte kommer".

Den defensiva hållningen tycks till en del att ha att göra med hur socialtjänstlagens intentioner kommit att uppfattas. Bakom socialtjänstreformen låg bland annat idén att det var angeläget för socialvården att komma bort från myndighetsrollen och ett alltför snävt åtgärdstänkande. Socialtjänsten skulle i högre grad bli serviceinriktad och klientens ställning skulle stärkas. När det gäller vården av de tunga missbrukarna förefaller serviceideologin snarast ha förstärkt insatsernas defensiva och passiva karaktär.

Integrerade eller specialiserade arbetsgrupper

Till diskussionen om missbruksarbetets oplanerade karaktär hör slutligen också frågan om arbetets organisation i specialiserade eller integrerade verksamheter.

Det sociala arbetet på socialkontoren är i stor utsträckning organiserat i integrerade arbetsgrupper där socialarbetarna arbetar med samtliga uppgifter inom individ- och familjeomsorgens fält. Det är denna organisation av arbetet som de fyra kommuner som socialtjänstprojektet studerat arbetar efter. Arbetet med missbrukare ingår som en bland andra uppgifter.

Denna organisering av arbetet har inneburit en avspecialisering av missbruksarbetet. Tidigare bedrevs arbetet med missbrukare, inom ramen för nykterhetsvårdslagen, på särskilda nykterhetsvårdsbyråer. Det övriga sociala arbetet var organiserat i socialbyråer och barnavårdsbyråer. Mycket kritik riktades mot denna organisation. Kritiken gällde bl a att arbetet blev splittrat och att synen på klienterna begränsades till enskilda symtom. Många klienter var också samtidigt aktuella enligt flera av de sociala vårdlagarna och hade kontakt med tjänstemän på flera av byråerna. Organisationen skapade också samarbetsproblem mellan de olika funktionerna.

Detta var de främsta motiven för att organisera det sociala arbetet enligt den s k familjevårdsprincipen som innebar att en och samma socialarbetare svarade för alla kontakter med klienten. År 1970 fick kommunerna möjlighet att slå samman de olika sociala nämnderna till en social centralnämnd. Utvecklingen mot en integration av det sociala arbetet

gick snabbt och under 1970-talet genomförde samtliga kommuner den nya organisationen.

För missbrukarvårdens del är det uppenbart att sammanslagningen på många håll ledde till nya problem (se bl a Socialstyrelsen redovisar 1978:4, Jonasson, Svedberg 1979, Finne m fl 1981).

En konsekvens av den nya organisationen tycks inte sällan ha blivit att missbruksarbetet kom på undantag. Socialhjälpen och barnavårdsarbetet kom att i stor utsträckning prioritera sig självt och missbruksklienterna kom i andra hand. För nykterhetsvårdens del ledde också omorganisationen till att kunskaperna om arbetet med missbrukare delvis försvann i de nya arbetsgrupperna. En större oklarhet och en mer diffus syn på missbruksproblemen kunde också märkas. I det praktiska klientarbetet för missbrukare tycks sålunda sammanslagningen enligt rapporterna ha inneburit flera nackdelar. Det innebär inte att rapporterna lyfter fram det traditionella nykterhetsvårdsarbetet som problemfritt — tvärtom. Men den tidigare organisationen innebar att det fanns ett klart utrymme för missbruksarbetet och en möjlighet till metod- och kunskapsutveckling. En möjlighet som delvis försvann i samband med integrationen.

Sammanslagningen tycks också, åtminstone på vissa håll, ha fått till följd att resurserna för arbetet med missbrukare minskade. I Stockholms socialförvaltnings utredning om missbruksarbetet (LUKA-utredningen 1979) kunde man genom beräkningar av tidsåtgången för olika slag av arbetsuppgifter visa att det i samband med integrationen försvann arbetstid motsvarande 10—20 procent av den tidigare resursen för arbetet med missbrukare.

Nackdelarna med det helt integrerade arbetssättet har fått många kommuner att pröva olika former av specialiserade arbetsgrupper. Det har inneburit att man t ex har bildat särskilda arbetsgrupper för missbruksarbetet eller att man har använt sig av andra indelningsgrunder, t ex ålder, och differentierat arbetet i barn- och ungdomsgrupper och vuxengrupper. Den här utvecklingen är mest märkbar i de större städerna och storstadsområdena. I de mindre kommunerna är arbetet i stor utsträckning integrerat.

Om arbetet skall vara specialiserat eller inte har varit en av de stora diskussionsfrågorna under de senaste åren. Ett huvudargument till förmån för en specialiserad arbetsorganisation har varit att en sådan är nödvändig för att nå en djupare kunskap om missbruksproblemen. Ett annat argument är att ett integrerat arbetssätt försvårar samarbetet med andra vård- och rehabiliteringsenheter därför att antalet samarbetspartners blir otympligt stort.

Ett principiellt argument mot specialiserade arbetsgrupper är att de innebär ett brott mot helhetssynen i arbetet. Helhetssyn är ett av socialtjänstreformens centrala begrepp. Det finns också i andra lagar, bl a den nya hälso- och sjukvårdslagen. Begreppet har i debatten givits flera olika innebörder.

Pettersson (1986) diskuterar begreppet i socialtjänstprojektets slutrapport och menar att det framför allt har två betydelser i förarbetena till socialtjänstlagen; helhetsanalyser och helhetsinsatser. Med helhetsanalyser avses att klientens problem analyseras utifrån ett helhetsperspektiv

där alla olika faktorer som kan ha haft betydelse för problemets uppkomst sätts in i sitt sammanhang. Helhetsinsatser innebär att de åtgärder som sätts in bör vara samordnade och innebära försök att åstadkomma samlade lösningar av klientens problem. Det samlade resursutbudet bör, ifall det är nödvändigt, aktiveras.

Att arbeta med en helhetssyn i det sociala arbetet är, i enlighet med dessa definitioner, någonting mycket uppfordrande och något som socialjänsten knappast uppnår. Den största praktiska betydelsen av helhetssynen tycks ha varit de starka tendenserna mot en ökad integration av det sociala arbetets organisation.

Bland praktiskt verksamma i specialiserade arbetsgrupper framförs ofta att specialiseringen i stället för att vara ett hinder för att förverkliga helhetssynen kan vara en av förutsättningarna för att uppnå den. Först med ett någorlunda avgränsat arbetsfält kan socialkontoren få så djup kunskap om individen att det är möjligt att genomföra helhetsanalyser och en så bred kunskap om olika alternativa vårdformer att det blir realistiskt att tala om helhetsinsatser (se t ex Socialstyrelsen redovisar 1978:4, Askeland 1981 och Sunesson 1985).

Enligt de senares uppfattning bidrar den avspecialiserade organisationen till arbetets oplanerade karaktär. Ulla Pettersson konkluderar sitt resonemang om klientarbetet och helhetssynen med följande kommentar:

"Klientarbetet så som det framkommit i undersökningen ger ett bisarrt intryck. På grund av en från början felaktig föreställning om hur socialtjänstens klienter är beskaffade bygger man upp ett system som i själva verket medför att nästan ingen får den hjälp som behövs. Det hela förstärks av att helhetssynsideologin lägger hänsyn på försöken att diskutera differentieringar och specialiseringar. Även om man på många håll i dag börjat inse det ohållbara i den här situationen och med olika slags organisatoriska lösningar försökt skilja ut pengarna från det övriga klientarbetet så återstår mycket att göra. En av de mer angelägna åtgärderna borde vara en grundlig inventering av klienternas verkliga behov - och de behoven bör i största möjliga utsträckning formuleras av klienterna själva. Ett sådant tillvägagångssätt, som ligger i linje med lagens intentioner, skulle sannolikt resultera i en annan sorts socialtjänst än dagens. Det skulle också medföra att resurserna används på ett mer rationellt sätt än i dag vilket inte bara skulle innebära besparingar utan också gagna de människor som socialtjänsten är till för att bistå."

5.5.4 Insatserna är kortsiktiga

Med kortsiktiga vårdinsatser avser vi insatser som enbart syftar till att avhjälpa ett akut hjälpbehov. Kortsiktigheten har naturligtvis nära samband med vad vi har kallat arbetets oplanerade karaktär. De båda punkterna tangerar varandra.

Socialtjänstens insatser framstår som kortsiktiga genom sin starka koncentration på den materiella hjälpen. Detta har vi tidigare behandlat förhållandevis utförligt.

Sjukvårdens roll

Sjukvårdens roll i arbetet med missbrukare är framför allt att svara för medicinska och psykiatriska insatser av akut- och korttidskaraktär. En

betydande del av dessa insatser består av avgiftningsinsatser. Avgiftningen sker kliniskt eller polikliniskt på särskilda alkoholmottagningar. Insatsen innebär att abstinensen efter en lång tids missbruk behandlas, i allmänhet med mediciner i fallande doser och behandlingen pågår i allmänhet upp till en vecka. Avgiftningen sker också på vissa håll kliniskt utan medicinering.

Det finns uppgifter om att trycket på sjukvårdens resurser för avgiftning av alkoholmissbrukare har ökat. "Bakom denna ökande efterfrågan på sjukvård ligger sannolikt ett faktiskt ökat vårdbehov beroende på att det tyngre missbruket fått större utbredning. Men härtill kommer en förändrad syn på alkoholmissbrukarnas behov av och rätt till sjukvård. Avkriminaliseringen av fylleriet år 1977 och införandet av lagen om omhändertagande av berusade personer (LOB) kan sägas vara ett uttryck för detta förändrade synsätt" (Lindberg, Ågren 1983).

Vårdresurserna för tillnyktring och avgiftning har ofta beskrivits som otillräckliga i förhållande till behoven. Det finns emellertid de (bl a Ågren 1981) som varnar för en tendens att överskatta betydelsen av avgiftning och tillnyktring på bekostnad av andra vårdinsatser. Normalt krävs det inga speciella vårdresurser för att nyktra till efter en alkoholperiod. I samband med den tidigare nämnda Skarpnäcksgårdsstudien konstaterar Ågren:

"Paradoxalt nog kan den goda tillgången på resurser för tillnyktring och avgiftning ha bidragit till att göra konsumtionen mer okontrollerad. Vetskapen om att det funnits möjlighet att bryta en alkoholperiod med hjälp av mediciner på en vårdavdelning kan ha bidragit till att minska kontrollen över drickandet. Intressant nog förefaller det som om borttagandet av sjukhemmets avgiftningsresurser våren 1982 bidragit till en förbättring av nykterhetstillståndet. Behovet av avgiftning har sjunkit till ett minimum. Endast ett fåtal gäster behöver remitteras till Mariapolikliniken. I allmänhet klarar de själva att bryta sina alkoholperioder."

Avgiftning är en kortsiktig insats som om den sätts in isolerat inte är effektiv eller till någon hjälp. Att fullfölja den kortsiktiga sjukvårdsinsatsen med en genomtänkt social rehabilitering är därför centralt. Det kräver ett utvecklat samarbete mellan socialtjänsten och sjukvårdsenheterna. Detta föreligger dock mycket sällan — ett problem som vi återkommer till i avsnitt 5.6.5.

Alternativa verksamheter

Även om det dominerande intrycket är att vårdinsatserna för missbrukarna präglas av kortsiktighet finns det många undantag. Undantagen utgörs i stor utsträckning av särskilda försöksverksamheter och projekt. Dessa arbetar med avgränsade klientgrupper, med uttalade mål för verksamheten och oftast med ett betydligt långsiktigare perspektiv. Inom projektverksamheterna har man också ofta en gemensam syn på missbruksproblemen och en väl utarbetad och i projektet förankrad metodik.

Dessa alternativa verksamheter är av flera olika slag. En utvecklingslinje är att satsa på att erbjuda de äldre missbrukarna långsiktigt stödjande och omvårdande insatser med gemensamhetslokaler eller dagcentra

ler som bas. Ibland är dessa verksamheter kombinerade med vissa möjligheter till inläggning som t ex på basenheterna för vuxna i Malmö. På många håll drivs de i samarbete med hemtjänsten. En annan utvecklingslinje är att försöka utveckla program inom den öppna vården med mer behandlande och rehabiliterande mål för avgränsade grupper av missbrukare. Slutligen finns också exempel på verksamheter som vänder sig till grupper av klienter som det i övrigt saknas lämpliga vårdmöjligheter för.

Vi skall avsluta detta avsnitt med att ge tre exempel på verksamheter som kan sägas illustrera dessa tendenser. Exemplen, som långtifrån är ensamma i sitt slag, antyder enligt vår mening viktiga framkomstvägar i det sociala arbetet med missbrukare.

Smultronstället — en dagcentral för alkoholmissbrukare

Smultronstället i Huddinge är en gemenskapslokal för äldre missbrukare. Verksamheten är en av många liknande som startat under de senaste åren runt om i landet. De är sinsemellan mycket olika och uppbyggda efter lokala behov och förutsättningar men har också många gemensamma kännetecken. Precis som på Smultronstället utgår ofta arbetet från en lokal med öppet hus-verksamhet dit besökarna kan komma för att träffas, äta och deltaga i olika aktiviteter.

Smultronstället har, som de flesta övriga verksamheter, startats efter initiativ av några engagerade socialarbetare som i sitt vanliga arbete kunnat konstatera att de traditionella vårdinsatserna för de äldre utslagna missbrukarna varit helt otillräckliga. I Huddinge blev ofta alkoholpolikliniken eller akutmottagningen vid Huddinge sjukhus de viktigaste kontaktpunkterna. Många hade också ofta täta vårdperioder på institutioner. Missbrukarnas liv präglades i stor utsträckning av att de inte hade någon gemenskap utanför gruppen missbrukare. Som ett alternativ till de tillfälliga och upprepade vårdkontakterna som man såg inte ledde till förändringar ville man skapa en verksamhet med mer omvårdande mål. I lokalen skulle missbrukarna kunna mötas under helnyktra former och avsikten var att på så sätt skapa gemenskap och försöka bygga upp eller reparera sociala nätverk.

Man lägger stor vikt vid att normalisera vardagslivet så långt det är möjligt. Det kan bl a handla om mycket praktiska insatser som klädvård och att förbättra den personliga hygienen. En viktig del i omvårdnaden är också att erbjuda en attraktiv miljö. Lokalerna är hemtrevliga. Ordning och reda är mycket viktigt.

En förutsättning är att verksamheten är förhållandevis liten och avgränsad — alla känner alla. Verksamheten bygger på ett starkt personligt engagemang och starka relationer där värme och omtanke kombineras med fasta regler och gränser. Nykterhetskravet är orubbligt och ifrågasätts inte heller av besökarna. En av gästerna formulerar sig på följande sätt om verksamheten:

"På Smultronstället är man inte anonym. Det känns som en trygghet om något skulle hända att höra till en liten grupp där man är känd. Jag får hjälp med olika

saker t ex beställa tid hos läkare, deklarera, fylla i färdtjänstpapper, sy i knappar, köpa kläder. Jag vågar komma tillbaka efter en period av onykterhet därför att alla känner mig. Jag är inte ensam på dagarna. Jag har fått nyktrare vänner. Smultronstället är inte så stort. Jag skulle känna mig bortkommen på en servicecentral. Smultronstället känns som ett kollektiv" (Socialstyrelsen redovisar 1986:18).

Som i många liknande verksamheter har man ett nära samarbete med hemtjänsten. Hemvårdsbiträden som arbetar med de äldre missbrukarna får handledning i sitt arbete av verksamhetens personal och kan motivera missbrukarna att deltaga i verksamheten:

"I stället för att gå hem till en missbrukare med mat så är det bättre att han eller hon kommer hit. Då vet man hur dom mår. Dom kommer ut, får omväxling och ett mål mat som gör att de klarar sig bättre".

Det som är speciellt med Smultronstället är att verksamheten för de äldre är integrerad med ett projekt för social rehabilitering av kvinnor med alkoholproblem. Tre av de kvinnor som deltar i projektet har i dag beredskapsarbete på Smultronstället där de sköter köket, städningen, klädvård, sömnad m m. Förutom att de utför rejäla arbetsuppgifter får de genom denna verksamhet hjälp med sin egen rehabilitering.

Det Smultronstället och andra liknande verksamheter visar är att det är möjligt att utforma alternativ inom öppenvården som kan ge de tunga, äldre missbrukarna en bättre livsmiljö — ett anständigare liv. Det är möjligt att åstadkomma förändringar som innebär minskat missbruk även om en total missbruksfrihet och rehabilitering ofta är omöjlig att uppnå. I en beskrivning av arbetet (Socialstyrelsen redovisar 1986:18) summerar man:

"Att alkoholkomsumtionen minskat hos de flesta av gästerna är helt klart. Kommer man till Smultronstället vid 10-tiden på förmiddagen och är kvar till 16-tiden på eftermiddagen finns det mindre tid kvar till ensamhet och missbruk."

Rehab-teamen i Stockholm

Rehab-teamen i Stockholm utgör ett exempel på sådana strukturerade behandlingsprogram inom den öppna vården som under senare år på flera håll har byggts upp också för tunga missbrukare. Verksamheten utgör ett alternativ både till delar av det traditionella socialbyråarbetet och till en del av vården på behandlingshem.

Rehab-teamen vänder sig till utslagna missbrukare mellan 20 och 40 år. Målsättningen är att åstadkomma en rehabilitering där nykterhet, bostad, arbete och ett socialt nätverk ingår som grundläggande beståndsdelar. Verksamheten innebär deltagande i ett schemalagt program under två terminer med social träning, social planering, utbildning och beredskapsarbete. Utbildningen sker i samarbete med KomVux.

En rapport över de första årens erfarenheter visar på goda resultat med tanke på att Rehab-teamen rekryterar kraftigt socialt utslagna missbrukare (Anderzon 1984). Omkring två tredjedelar av deltagarna fullföljde hela programmet och de som avbröt gjorde det i allmänhet under den

senare delen. De missbrukare som går in i verksamheten hör till dem som ofta under många år "snurrar runt" i missbrukarvården med upprepade korta kontakter. Rehab-teamen har lyckats knyta dessa till sig och förmått dem att gå in i en ganska krävande verksamhet. Betydelsefullt för arbetet har varit att utgå från klienternas resurser och att försöka undvika att se dem som misslyckade och hopplösa personer. Deltagarna i programmet kallas för elever och utbildningsinslagen är starkt betonade. Verksamheterna är ganska små — 12 elever per team — och det är möjligt att ha en individuell kontakt med alla deltagare i programmet. Vid eventuell frånvaro kontaktar personalen eleven och lägger ned mycket arbete för att förmå honom till fortsatt deltagande.

Enligt rapporten förbättrades deltagarnas sociala situation och de som fullföljde programmet hade arbete efteråt. Dem man inte lyckades med var i allmänhet de som var yngre än 25 år. En uppföljning i november 1986 med en uppföljningstid på mellan ett och fyra år visar att verksamheten medverkat till en förbättrad social situation i många fall (Anderzon 1987).

Den kanske viktigaste erfarenheten av Rehab-teamens arbete är att det även med tungt utslagna missbrukare är möjligt att etablera behandlingskontakter i öppna former.

FIM-projektet

FIM-projektet vänder sig till manliga finska missbrukare i Malmö. Det är ett exempel på en verksamhet som särskilt riktat in sig på en grupp som socialtjänsten tidigare haft svårt att hjälpa. Bakgrunden till projektet var iakttagelsen att de finska missbrukarna kom bort i den vanliga vårdorganisationen. Gruppen levde i stor utsträckning i gäng bestående enbart av finska missbrukare med en missbrukskultur som på flera sätt avvek från de svenska missbrukarnas. Kontakterna med sjukvården och socialtjänsten var sporadiska och vården hade svårt att möta deras särskilda behov.

För att utveckla mer adekvata metoder ansåg man det nödvändigt med en specialiserad verksamhet, enbart inriktad på de finska missbrukarnas problem, genom vilken man förutsättningslöst kunde närma sig gruppen och utveckla nya arbetsformer.

Projektet fick en lokal i centrala Malmö. Att vara utanför socialbyrån såg man som viktigt. Lokalen blev ett eget "revir" för de finska missbrukarna där de kunde känna sig hemma och veta att de möttes av förståelse. Projektarbetarna var själva av finsk bakgrund vilket var en viktig fördel. Det innebar att man hade en gemensam kulturell referensram.

Målet med kontaktarbetet i lokalen är att skapa ett nytt socialt sammanhang för klienterna och att bidra till en någorlunda socialt ordnad tillvaro. Man lägger stor vikt vid att ingen får stötas ut och betonar att man aldrig får ge upp.

Till verksamheten kommer missbrukare i olika stadier av missbrukskarriären och med olika bakgrund. Olikheterna uppfattas som en tillgång. De som har inte har så stora problem är en tillgång i arbetet och kan

stödja de övriga. Man lägger stor vikt vid de personliga relationerna och vid att ingående lära känna besökarna.

Erfarenheten hittills talar för att de missbrukare som deltar i verksamheten med tiden ofta får bättre kontroll över sina liv. Missbruksperioderna blir kortare och uppehållen längre.

Den konkreta verksamheten är praktiskt inriktad. Man hjälper besökarna med kontakter med andra myndigheter för att försöka lösa problem med boende, ekonomi osv. Ett viktigt inslag har varit att utveckla samarbetet med sjukvården.

En stor del av de praktiska insatserna är uppbyggda kring två byggarbetslag som åtar sig olika renoveringsprojekt inom kommunens fastighetsbestånd. Klienterna är anställda i form av s k offentligt skyddat arbete men den praktiska arbetsledningen sköts av FIM-projektets personal. I arbetslagen ingår både missbrukare med yrkeserfarenhet och andra som inte har någon erfarenhet alls av byggnadsarbete. Det fungerar som ett lärlingssystem där de som har mer kunskap lär upp de andra. Byggarbetslagen bedöms ha central betydelse för rehabiliteringen.

FIM-projektet bedrivs i samarbete mellan socialförvaltningen, finska föreningen i Malmö och Alkoholproblematikers riksorganisation (ALRO). ALRO har bildat en finsk sektion som har sin verksamhet förlagd till FIM:s lokal och svarar för fritidsaktiviteter och en viktig del av den vardagliga kontakten i lokalen.

FIM-projektet visar på fördelarna med en verksamhet som förutsättningslöst utgår från klienternas verklighet och behov. De finska missbrukarna är en minoritetsgrupp som lever under förhållanden, vilka i flera avseenden skiljer sig från övriga missbrukares. Med erforderliga modifieringar bör emellertid liknande modeller kunna tillämpas även för andra tungt utslagna missbrukargrupper.

Slutsatser av alternativen

Ett gemensamt drag i de tre verksamheter vi har lyft fram — många fler exempel skulle kunna anföras — är att de socialarbetare som deltar i dessa projekt har ett så stort engagemang och visar så stark entusiasm för sitt arbete. Detta är självfallet en viktig förklaring till verksamheternas framgång. Entusiasmen och glädjen över arbetet är en slående kontrast mot den uppgivenhet som många andra socialarbetare tycks känna inför arbetet med de tunga missbrukarna.

Verksamheterna arbetar alla tre med en förhållandevis avgränsad grupp klienter. Kunskapen och kännedomen om denna grupps situation och problem har fått styra uppläggningen av arbetet. Avgränsningen och därmed möjligheten till överblick förefaller ha haft stor betydelse. Den har bl a gjort det lättare för verksamheterna att utveckla en gemensam och genomtänkt syn på missbruksproblemen och klienternas situation. En gemensam vårdideologi genomsyrar arbetet.

Betydelsefullt är också att man har både långvariga och ganska täta kontakter med klienterna. Personalen kommer närmare missbrukarna och relationen kan bli mer förtrolig. Genom den tätare kontakten får

också vårdarbetarna en djupare kunskap om klienterna — både om deras svårigheter och om deras resurser.

Klienter som inte kommer söker man upp och motiverar till fortsatt kontakt. Klienterna uppfattar inte kontakterna som tillfälliga stödinsatser. Snarare tycks man känna att man tillhör en verksamhet. Klienterna ingår i ett socialt och psykologiskt sammanhang där också kontakten med de övriga klienterna är betydelsefull. Verksamheterna kännetecknas av en hög grad av kontinuitet i arbetet.

Det bör understrykas att verksamheter av detta slag inte nödvändigtvis är särskilt resurskrävande. Vare sig FIM-projektet eller Smultronstället kan sålunda beskrivas som dyrbara. Rehab-teamen däremot innebär en förhållandevis kraftig ekonomisk satsning på ett litet antal klienter under en begränsad tid. Men det är viktigt att påpeka att även oplanerade insatser i den öppna vården drar höga kostnader. Detta förhållande belyses närmare i avsnitt 7.10.

5.6.5 Insatserna präglas inte av kontinuitet

Att uppnå kontinuitet i behandlingen av missbrukarna är helt avgörande för möjligheten att nå goda resultat. Alltför ofta avbryts kontakten mellan behandlare och klient långt innan någon egentlig relation har hunnit uppstå mellan dem. Alkoholmissbrukarna kastas runt i en "vårdkarusell", där ingen egentligen känner ansvar för kontinuiteten i behandlingen. Sambandet mellan den akuta och den långsiktiga vården är ofta bristfälligt. Alltför ofta saknas möjligheter att följa upp avgiftningen och det akuta omhändertagandet.

Kravet på kontinuitet utgår från insikten att behandlingen i dessa fall, för att bli framgångsrik, måste pågå länge, ibland under flera år. Skall en utveckling mot en bättre livssituation vara möjlig är det nödvändigt att det finns en sammanhållande länk i vårdarbetet. Annars är risken stor att man tvingas börja om igen. Kontinuitet är också nödvändig av det skälet att en stark relation mellan behandlare och klient är en av de avgörande förutsättningarna för att behandlingen skall få effekt. Kravet på kontinuitet inom socialtjänstens behandlingsarbete innebär att en socialarbetare eller en grupp av socialarbetare bör ha det huvudsakliga ansvaret för vården, också när resurser utanför den egna vårdorganisationen kopplas in. S k vårdkedjor där missbrukaren vårdas på olika ställen under olika faser av behandlingen, t ex öppenvård — avgiftning — motivationsenhet — behandlingshem, har ofta kritiserats med utgångspunkt från kontinuitetsprincipen. Vårdkedjor av detta slag behöver i och för sig inte vara oförenliga med kontinuitetskravet, förutsatt att en "basresurs" upprätthåller kontakten med missbrukarna under hela behandlingsförloppet. Det har emellertid visat sig att denna förutsättning sällan kan upprätthållas i praktiken.

Vårdorganisationen för missbrukarna är splittrad. Verksamheterna är både statliga, landstingskommunala, kommunala och enskilda. Innehållet i verksamheterna omfattar allt från materiell omvårdnad till långsiktiga kvalificerade behandlingsprogram. Vårdresurserna är sammantaget betydande. Men samarbetet mellan de olika organisationerna är dåligt

och avgränsningen mellan olika målgrupper och uppgifter är ofta oklar. Författarna till en studie av vårdutbudet för missbrukare (Janerud m fl 1980) summerar sina iakttagelser på följande sätt:

"Vårdapparaten ger en minst sagt förvirrad bild. Det är mycket ovanligt att de olika vårdorganisationerna kompletterar eller ersätter varandra. Man skummar lite på ytan överallt, utan att bestämma sig för målgrupp, arbetsfält eller vilken typ av insatser man ska göra för att komplettera redan befintliga resurser."

Bristande resurser är alltså inte det enda eller ens det största problemet. Allvarligare är att de resurser som faktiskt finns ibland utnyttjas på ett ineffektivt och dåligt samordnat sätt. Det kan leda till att en del missbrukare, trots mångfalden av enheter, tappas bort. För andra kan det medföra en destruktiv rundgång mellan olika vårdorganisationer.

Vissa uppgifter tyder på att denna rundgång i vården allmänt sett är högre för de yngre missbrukarna (Damström-Thakker 1986).

I Örebro har Möller och Östlund studerat rundgången i vårdkedjan för tio LVM-vårdade klienter under ett år efter vården (Möller-Östlund 1985). Undersökningen omfattade sluten och öppen vård inom sjukvården eller på behandlingshem för missbrukare. Endast de vårdtillfällen togs med som hade ett direkt samband med missbruket.

Undersökningens resultat framgår av tabell 5:5.

Tabell 5:5 Tio LVM-klienters vård efter avslutad LVM-vård

	Antal vårdtillfällen inom:				
Klient	Kommunala behandlingshem	Landstingets behandlingshem	Somatisk sjukvård	Psykiatrisk sjukvård	Summa vårdtillfällen
1	0	6	1	2	9
2	0	1	0	23	24
3	0	0	0	1	1
4	1	1	0	15	17
5	0	2	2	7	11
6	0	2	0	14	16
7	0	1	2	2	5
8	0	0	2	17	19
9	2	0	0	1	3
10	0	3	2	13	18
Summa	3	16	9	95	123

Källa: Möller, Östlund 1985

Under uppföljningstiden, som varierade mellan fem och tolv månader för de tio klienterna, återkom alla till någon av de vårdenheter som ingick i undersökningen. Men variationerna är stora. En klient hade endast ett vårdtillfälle inom den psykiatriska vården. Den andra ytterligheten var en klient som återkom för institutionell vård 24 gånger under uppföljningstiden. Under uppföljningstidens 52 veckor var denna klient inlagd för vård under 25 veckor.

Antalet vårdtillfällen inom den psykiatriska vården dominerar kraftigt. Men vården ges oftast under kort tid. Vården på behandlingshemmen för missbrukare pågår under betydligt längre tid.

Författarna menar själva att föreställningen att vården fungerar enligt den s k svängdörrsmodellen bekräftas i undersökningen. "Resultaten i vår studie", skriver författarna, "ger knappast intryck av kontinuitet och samverkan i vårdplaneringen."

Bristande samarbete mellan sjukvård och socialtjänst

Örebro-studien illustrerar bl a det bristande samarbetet mellan socialtjänsten och sjukvården. Under lång tid har man i flera olika sammanhang poängterat att missbruket måste uppfattas som ett sammansatt socialmedicinskt problem, vilket innebär att behandlingsinsatserna bör utformas i nära samarbete mellan sjukvården och socialtjänsten. Kraven på samarbete finns uttryckta i både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Trots detta förefaller det mycket svårt att få till stånd ett fungerande samarbete.

I själva verket är samarbetet ibland så obefintligt att vårdarbetare inom den ena sektorn inte har kännedom om vad man gör inom den andra. I en av de tidigare refererade undersökningarna (Eliasson 1986) är det påfallande att socialarbetarna inte kände till klienternas höga sjukvårdskonsumtion. Å andra sidan känner inte heller sjukvården eller landstingets alkoholmottagning till att klienterna är aktuella inom socialtjänsten. Under tiden för denna undersökning påtalade mottagningen behovet av extra kuratorstjänster för att kunna arbeta med klienternas sociala problem. Det bristande samarbetet riskerar alltså att leda till dubbelarbete och ett ineffektivt resursutnyttjande.

Samarbetsproblemen tenderar också att skapa vad som kan kallas avvärjningsstrategier inom båda dessa vårdområden. Den egna organisationens ansvarsområde definieras så snävt att en del missbrukare hamnar mittemellan utan att någon tar ansvar för deras vård. De missbrukare som främst drabbas av detta är de som uppfattas som svårbehandlade och som inte passar in i de existerande vårdprogrammen.

En särskilt drabbad grupp är de missbrukare som har allvarliga psykiska problem. En rad behandlingshem har hos beredningen påtalat att de får ta emot missbrukare som har så allvarliga psykiska störningar att vården på behandlingshemmet framstår som inadekvat, svårgenomförbar och i vissa fall destruktiv. I samband med vårdresursplaneringen 1986 har många län angett missbrukare med psykiska problem som en grupp det saknas vårdresurser för och som man inom missbrukarvården står handfallen inför.

Även om intrycket generellt är att bristerna i samarbetet är mycket stora finns det dock exempel på verksamheter där samarbetet fungerar väl. I flera fall handlar det då om integrerade verksamheter som drivs av sjukvård och socialtjänst tillsammans. En vanlig modell är den som utvecklats i Nacka där socialtjänsten, primärvården och den psykiatriska sektorn bidrar med personal som arbetar en del av sin tid i den gemensamma verksamheten och den övriga i sitt ordinarie arbete. Genom den

kompletterande sammansättningen av personal kan man ta tillvara socialtjänstens utbud av insatser och kombinera med psykiatriska bedömningar och medicinska insatser vid behov (Schubert, Krouthén 1984).

Bristande samarbete mellan den öppna och den slutna vården

Den bristande kontinuiteten i insatserna i övergången mellan institutionsvård och öppenvård är ett gammalt och välkänt problem. I en av de intervjuer som återges i socialstyrelsens tidigare nämnda skrift sägs t ex följande:

"Bristen på planering är verkligen påfallande inom nykterhetsvården. Fortfarande är det exempelvis som regel så att det inte finns något planerat syfte med en anstaltsvistelse annat än att klienten ska få vila upp sig och vara nykter en tid. Ingen vet något om vad som ska hända när han kommer ut. Jag tror att institutionsvård kan vara nödvändig i vissa lägen, för att bryta en akut missbrukssituation. Men ett absolut krav är då att institutionsvården ingår i en systematisk behandlingsplan" (Socialstyrelsen redovisar 1978:4).

Även om institutionsvården i större utsträckning än tidigare har regionaliserats förefaller det som om samordningsproblemen i stor utsträckning kvarstår. Problemen gäller såväl övergången från öppen vård till institutionsvård som uppföljningen efter institutionsvården. Under socialberedningens hearing om vården av alkoholmissbrukare togs dessa frågor upp och det riktades från många håll kritik mot den öppna vårdens sätt att förhålla sig till institutionsvården. Det beskrevs som vanligt förekommande att institutionsvården inte var en del i ett planerat arbete och att indikationerna för institutionsvård i många fall var otydliga. Den öppna vårdens insats karaktäriserades som en "resebyråverksamhet". Att skicka någon på institution framstod som en tids avlastning och vila från en besvärlig missbrukare. Uppföljningen efter vården brast ofta. Det fanns sällan genomtänkta planer för hur missbrukaren skulle tas om hand efter institutionsvården. Innan missbrukaren fångades upp av den öppna vården hann han ofta gå in i en ny missbruksperiod igen.

I andra sammanhang har framkommit att socialarbetarna är starkt kritiska till innehållet i institutionsvården (Pettersson 1984). Denna kritik kan vara mer eller mindre berättigad. Men ibland synes den utgå från alltför högt ställda förväntningar på institutionsvårdens möjligheter. Naturligtvis kan man inte från öppenvårdens sida kräva att klienten skall vara "färdigbehandlad" efter en institutionsvistelse. Om institutionsvården skall kunna leda till varaktiga förbättringar, krävs oftast omfattande uppföljande insatser i öppna former.

Institutionsvården kan uppvisa goda resultat i betydelsen förbättrad fysisk och psykisk hälsa under den tid behandlingen pågår. Problemet är att de goda resultaten i allmänhet blir mycket kortvariga efter det att institutionsvistelsen har avslutats. Institutionen har beskrivits som en skyddad miljö där missbrukaren tillfälligt är "inkapslad" (Kühlhorn, Gerdman 1983). Denna kapseleffekt är för många institutioner vårdens huvudsakliga resultat. Flertalet uppföljningar av institutionsvårdade klienter visar samma sak. Det är när klienten har kommit tillbaka till sin

tidigare miljö som problemen börjar på nytt (Blomqvist 1980, Hoppe 1987).

Avgörande för möjligheten att bibehålla positiva effekter av institutionsvistelsen förefaller vara att uppföljningen inom den öppna vården fungerar.

Den öppna socialtjänstens arbete med uppföljningen efter institutionsvård har belysts i några undersökningar som behandlar LVM-vårdade klienter.

Av 29 LVM-vårdade klienter år 1983 hade 25 kontakt med socialarbetare inom den öppna vården sex månader efter avslutad LVM-vård (Slotte, Wessman 1984):

"Vilken form hade då kontakten med dessa 25 personer? I hälften av fallen var kontakten sporadisk. Det förekom enstaka ekonomiska bidrag, enstaka kontakter med anledning av inkomna LOB-rapporter osv. I ungefär en fjärdedel av fallen förekom däremot ett regelrätt motivationsarbete i form av täta sammanträffanden."

För den resterande fjärdedelen rörde det sig om mer konventionella stöd- och hjälpinsatser, typ hemhjälp eller stödsamtal.

Samma förhållanden visar en uppföljning av LVM-klienter i Östergötland. Uppföljningen omfattar 60 personer som erhöll LVM-vård år 1984. Några månader efter att vården avslutats hade visserligen de flesta haft kontakt med sin socialsekreterare men i omkring hälften av fallen var kontakten sporadisk. I bedömningen av klienternas situation vid utskrivningen från LVM-vården konstaterar man att "i stor utsträckning tycks hemkomsten vara otillräckligt förberedd" (Pettersson, Karlsson 1986) — se vidare avsnitt 3.6.6.

5.7 Kvinnliga alkoholmissbrukare

Kvinnornas alkoholvanor varierar kraftigt mellan generationerna vilket är en av förklaringarna till att missbrukskarriären bland kvinnor har olikartade förlopp.

I en kunskapsöversikt om kvinnor och alkohol konstaterar Lena Dahlgren (1986) att det finns en klassisk bild av den kvinnliga alkoholisten.

Hon, skriver författaren,

- är 40—50 år
- dricker vin i ensamhet
- smakade alkohol först i 20—30-årsåldern
- övergick till regelbundet drickande i 35-årsåldern
- accelererar snabbt i missbruket
- döljer sina alkoholproblem och skyddas av omgivningen
- utsätts för större förakt än en manlig missbrukare
- söker läkare ofta, men sällan för alkoholproblem
- kommer till vård först när något akut tillstött
- har psykiska problem och gör fler självmordsförsök än en manlig missbrukare
- har oftare blandmissbruk.

Den medicinska alkoholvården kommer enligt Lena Dahlgren i kontakt med tre grupper av kvinnliga alkoholmissbrukare:

1. Tonåringar och kvinnor i 20—25-årsåldern som dricker kraftigt, öppet och tillsammans med män. Ofta finns en komplex bakomliggande problematik.
2. 30—50-åriga yrkesarbetande kvinnor. Ur socialt drickande växer symtomdrickande på grund av relationsproblem, stress, kroppsliga besvär etc.
3. Äldre kvinnor med ensamhetsproblematik (änkor, frånskilda).

Socialtjänsten kommer främst i kontakt med kvinnor med en tung missbruksproblematik och en svår social situation. Dessa kvinnor har, till skillnad från de socialt etablerade kvinnliga missbrukarna, ett mer avancerat missbruk med stort intag av starksprit, dvs ett dryckesmönster som liknar mäns. Som tidigare påpekats utgör kvinnor med tungt missbruk en snabbt växande grupp inom socialtjänsten. Av en rapport från Stockholms socialförvaltning framgår att de utgör mellan en fjärdedel och en tredjedel av det totala antalet missbrukare som har kontakt med socialtjänsten (Franér, Ågren, 1987).

Det finns enligt Lena Dahlgren mycket som tyder på att missbrukskarriären hos kvinnliga alkoholmissbrukare ofta får ett snabbare förlopp än hos manliga alkoholmissbrukare.

En kvinna som dricker bryter mot en rad normer för acceptabelt beteende vilka är knutna till hennes könsroll. Hon kämpar därför i det längsta för att dölja sin skamliga hemlighet. När hon till sist bryter igenom "den sociala vallen" gör hon det ofta "med buller och bång". Den sociala nedgången verkar sedan gå snabbare för kvinnan än för mannen; hon blir stämplad. Kvinnor med alkoholproblem överges ofta av sina män. Det är sällsynt med en manlig motsvarighet till den sammanhållande och tålmodiga "alkoholist-hustrun". Familjestrukturen faller snabbt och ohjälpligt samman när kvinnan är den inblandade parten. Ofta ingår hon både ett andra och tredje äktenskap med alkoholiserande män och byter i allmänhet ned sig för varje gång.

Kvinnliga missbrukare i behandling

Missbrukande kvinnor beskrivs ofta som mer svårmotiverade för behandling och sämre fungerande i behandlingssituationer än män.

Det är svårt att på grundval av vetenskapliga undersökningar vare sig bekräfta eller förkasta den bilden eftersom området är tämligen outforskat.

Det bör emellertid understrykas att de kvinnliga missbrukarna inte, lika litet som de manliga, utgör en homogen grupp. Deras svårigheter hänger samman med de sociala och ekonomiska villkor de lever under. En del har relativt ordnade sociala förhållanden och dricker i ensamhet. Andra är socialt utslagna och väl kända av olika myndigheter och vårdorgan.

Under senare år har en stor del av uppmärksamheten i fråga om kvinnor och missbruk ägnats problemet med s k dold alkoholism hos kvin-

nor. Kvinnor i tidiga skeden av alkoholberoende är, som tidigare påpekats, svårare att nå och motivera för vård och behandling för missbruksproblemen. Därtill kommer att de oftare har en mer komplex psykiatrisk problematik. Dessa omständigheter ställer särskilda krav på vårdorganisationen. Erfarenheterna från behandlingsenheter som vänder sig till socialt etablerade kvinnor med missbruksproblem, bl a den s k EWA-enheten på Karolinska sjukhuset i Stockholm och liknande enheter inom socialtjänsten, visar emellertid att kvinnorna är minst lika motiverade och uthålliga i behandlingssituationen när kontakten väl har etablerats (Dahlgren 1986 och Holmberg, Malmström 1986).

Däremot finns det mycket som tyder på att detta inte gäller de kvinnor som har ett mer avancerat missbruk och en i övrigt svår social situation. Tillgängliga data visar att prognosen är sämre för kvinnliga än för manliga tunga missbrukare.

5.8 Utvecklingen inom institutionsvården

En betydande resurs för behandling av alkoholmissbrukare utgörs av behandlingshemmen. Det finns i dag omkring 250 behandlingshem för vuxna missbrukare. Det totala antalet platser på dessa hem är omkring 4 200 (se även kapitel 4).

De traditionella nykterhetsvårdsinstitutionerna har som tidigare nämnts under lång tid utsatts för kraftig kritik. Kritiken har framför allt riktats mot de förhållandevis låga behandlingsambitionerna och de stora institutionernas anstaltskaraktär. Rehabiliteringsresultaten kan generellt sett sägas vara låga. För närvarande genomgår dock hela behandlingshemssektorn kraftiga förändringar både när det gäller vårdinnehåll och struktur.

Förändringarna som pågått under flera år har blivit särskilt omfattande det senaste året på grund av omläggningen av statsbidragssystemet (se avsnitt 4.8). Som konstaterats tidigare var en av avsikterna med de nya statsbidragsreglerna, vilka gäller från och med år 1986, att stimulera en ökad flexibilitet inom missbrukarvården och göra det möjligt för kommunerna att uteckla alternativ till institutionsplaceringar inom den öppna vården. En prioritering av öppna insatser skulle kunna leda till en viss minskning av institutionsresurserna. För att underlätta en omstrukturering av institutionsvården gavs huvudmännen möjlighet att erhålla ett omstruktureringsbidrag som kompensation för de kostnader som uppstår vid avveckling av en institution eller delar av den.

Effekterna av de nya reglerna har blivit kraftiga. Under år 1986 erhöll huvudmännen omstruktureringsbidrag på närmare 20 miljoner kronor för avveckling av vårdplatser inom missbrukarvården. Det innebar att drygt 300 vårdplatser försvann inom den offentligt drivna vården. Även år 1987 genomförs kraftiga förändringar. Omstruktureringsbidraget uppgår till knappt 15 miljoner kronor och 219 vårdplatser kommer att avvecklas under året. Sammanlagt finns alltså beslut om avveckling av mer än 500 vårdplatser för vuxna missbrukare.

Det är i stor utsträckning de mer traditionella nykterhetsvårdsinstitutionerna som får vidkännas platsminskningar eller nedläggningar. De tidigare stora hemmen minskar kraftigt antalet vårdplatser. Det gäller institutioner som Romanäs, Gudhem, Karolinergården m fl. Majoriteten av nedskärningarna drabbar LVM-hemmen. Från LVM-vården försvinner under de två åren sammanlagt drygt 300 platser (jämför avsnitt 13.1).

Minskningen av det totala antalet platser tillgängliga för vuxna missbrukare är inte lika omfattande, vilket i viss mån sammanhänger med att tidigare offentligt drivna hem har övertagits av enskilda huvudmän. En viktigare förklaring är emellertid att nya behandlingshem med enskilda huvudmän har tillkommit (se vidare kapitel 4).

De platser som försvinner har tidigare i stor utsträckning utnyttjats av de mest utslagna missbrukarna. De nytillkomna behandlingshemmen vänder sig i större utsträckning till socialt mer integrerade missbrukare. Utvecklingen innebär därmed en risk att de mest utslagna missbrukarnas möjligheter att erhålla vård på behandlingshem krymper.

Denna tendens understryks också av de förändringar av vårdinnehållet som samtidigt genomförs vid många av de befintliga behandlingshemmen. Utvecklingen inom hemmen går mot mer strukturerade behandlingsprogram med högre rehabiliteringsmål och med större inslag av terapeutiska arbetsmetoder. Det finns härvid flera olika utvecklingslinjer.

Åtskilliga, främst stiftelsedrivna, hem utvecklar förhållandevis korta, intensiva vårdprogram, inspirerade av den s k Minnesota-modellen. Syftet med institutionsvården är att åstadkomma en kraftfull intervention i klientens liv i syfte att starta en process som sedan tänks fortsätta under lång tid i öppna former. Institutionstiden är till för att motivera missbrukaren att sluta med sitt missbruk. Programmen är intensiva och innehåller schemalagda aktiviteter under hela dagarna. Stor vikt läggs vid pedagogiska inslag om missbrukets dynamik och effekter. Vårdinnehållet är ofta påverkat av Anonyma Alkoholisters (AA) program och klienterna genomgår de första av AA:s s k tolv steg under institutionstiden.

En annan utvecklingslinje är inspirerad av behandlingshemmen för narkotikamissbrukare. Vårdtiden är lång och målet är fullständig rehabilitering av missbrukaren. Tiden skall användas till att lära in ett nytt sätt att leva utan alkohol och att bearbeta bakomliggande problem. Ofta försöker institutionerna bygga upp utslussningssystem från behandlingshemmet och de strävar efter att behålla ett ansvar för klientens rehabilitering även efter utskrivningen från institutionen.

En tredje utvecklingslinje är att behandlingshemmen differentierar sina målgrupper. Vissa institutioner vänder sig i större utsträckning till särskilda grupper av missbrukare, t ex unga missbrukare. På många håll bygger man också in en differentiering inom institutionen och utvecklar olika program för olika grupper av klienter. Man skiljer t ex ofta mellan yngre och äldre, mellan habilitering och rehabilitering. På en del behandlingshem finns också särskilda program för kvinnor och för finsktalande klienter.

De högre ambitionerna och utvecklingen av arbetsmetoderna är en på flera sätt positiv förändring. Samtidigt finns det, enligt vår mening, skäl att uppmärksamma institutionernas traditionella funktion som en plats för fysisk och psykisk återhämtning för de tyngsta missbrukargrupperna. Kritiken mot den gamla anstaltvården var till stora delar berättigad och har i viss utsträckning giltighet även i dag. Men samtidigt finns det en risk att alltför höga behandlingsmål gör det omöjligt för de sämst ställda alkoholmissbrukarna att få adekvat vård. Ett grundläggande behov hos dessa missbrukare — och dessutom en förutsättning för allt fortsatt vårdarbete med dem — är att de får möjlighet att "torka upp" och återhämta sig. För många av de tunga missbrukarna är det inte realistiskt att arbeta med högt ställda rehabiliteringsmål. Det handlar snarare om att åstadkomma en stabilisering av klientens situation och att skapa förutsättningar för en långvarig kontakt som till största delen måste äga rum inom den öppna vården i klientens hemmiljö.

I kapitel 3 (avsnitt 3.4.3) framgår att LVM-klienternas sociala situation vid intagningen till hemmet i allmänhet var mycket dålig. En jämförelse med frivilligt institutionsvårdade (Franér 1986) visar att dessa hade en bättre social situation, oftare försörjde sig genom arbete, hade en bättre bostadssituation osv. Intressant nog finner man att skillnaderna i dessa avseenden mellan de tvångsvårdade missbrukarna och missbrukare i öppenvårdskontakt vid ett socialdistrikt (se avsnitt 5.4) är avsevärt mindre.

En möjlig tolkning av dessa uppgifter skulle kunna vara att de alkoholmissbrukare som erhåller frivillig vård på behandlingshemmen utgör ett i viss utsträckning positivt urval av socialtjänstens klienter. De allra tyngsta missbrukarna skulle därmed riskera att antingen inte få någon vård alls eller hänvisas till tvångsvården.

De risker som den pågående förändringen av institutionsvården innebär för de tyngsta missbrukarna berördes också vid socialberedningens hearing om vården av alkoholmissbrukare. En representant för ALRO, Bertil Strandberg, sade då bl a följande:

"Missbrukarvården styrs delvis av trender. En trend just nu är att satsa på öppenvård. Tidigare på 1970-talet var trenden att institutionsbehandling var den enda framkomliga vägen. Vi tyckte då att man övervärderade institutionsvårdens roll. I dag vill vi bromsa åt andra hållet. Vi menar nu att man fäster för stora förhoppningar till öppenvården."

Den viktigaste nyheten i de förändrade reglerna för statsbidrag är att största delen av statsbidraget numera utgår i form av kommunbidrag som de enskilda kommunerna fritt kan använda till olika insatser inom missbrukarvården. Syftet bakom denna ordning är att stimulera en utveckling av insatser i öppna former.

Det förefaller också som det finns en sådan utveckling framför allt vad gäller äldre missbrukare med stora omvårdnadsbehov. Vi har tidigare nämnt framväxten av områdesarbete och dagcentraler som exempel. Men av många tecken att döma växer inte öppenvårdsalternativen fram i samma takt som institutionerna avvecklas. I en enkät till de tjänstemän som arbetar med vårdresursplaneringen i varje län har socialberedningen inhämtat att många kommuner visserligen har planer på att bygga ut

de öppna alternativen men att dessa planer enligt tjänstemännens bedömningar i många fall är vaga och oftast bara på diskussionsstadiet.

Systemet med kommunbidrag innebär också att kommunerna får ta kostnadsansvaret för institutionsplaceringarna. Detta förefaller ha inneburit att bedömningarna av om institutionsvård är nödvändig eller inte har blivit mer noggranna och att man har skärpt indikationerna för vård på behandlingshem. Det är ett sätt att komma ifrån de ibland slentrianmässiga placeringar som tidigare förekommit. Risken är samtidigt att man av ekonomiska skäl väntar så länge med institutionsvård att klienternas situation hinner bli mycket allvarlig. Företrädare för vissa av LVM-hemmen har inför beredningen hävdat, att detta inte sällan inträffar. Man uppger även att klienter som kommer ifråga för tvångsvård oftare är i dåligt skick vid intagningen än tidigare. Man har också påtalat att det i vissa fall har blivit svårare att få kommunerna att gå med på att institutionsvistelsen förlängs frivilligt efter avslutad LVM-vård.

5.9 Vårdens resultat

I en uppmärksammad avhandling om behandling för alkoholism (Lindström 1986), har Lars Lindström gjort en omfattande genomgång av forskning om effekter av behandling för alkoholmissbrukare. Avhandlingen bygger på en analys av forskningsresultat redovisade i närmare 1 000 svenska och utländska (främst engelskspråkiga) rapporter.

Vid den hearing om vården av alkoholmissbrukare som socialberedningen anordnade hösten 1986 sammanfattade Lars Lindström den diskussion han för i sin avhandling (Alkoholmissbruket, socialtjänsten och tvånget, 1986). Vårt referat här utgår från denna sammanfattning.

Lindström tar upp följande frågeställningar:

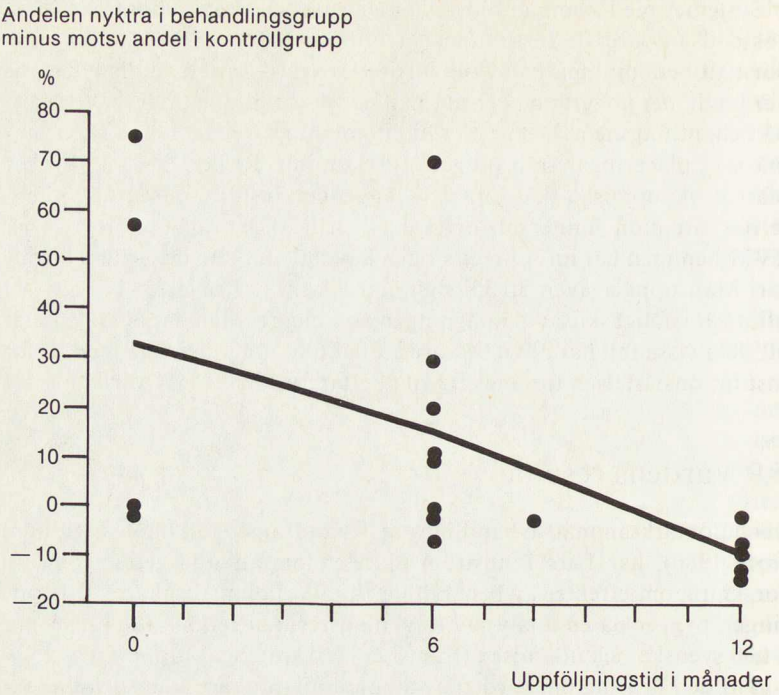
1. Är behandling mer effektiv än ingen behandling?
2. Är vissa typer av behandling mer effektiva än andra?
3. Lyckas vissa typer av klienter bättre i vissa typer av behandling?

Svaret på den första frågan, säger Lindström,

"måste bli nekande om man med effektivitet avser varaktig förbättring av klienternas alkoholvanor. Kontrollerade undersökningar, med förbättrade alkoholvanor som utvärderingskriterium, har bara lyckats påvisa *svaga* och *kortsiktiga* effekter av missbrukarvård.

Omedelbart efter det att behandlingen avslutats finns det uppskattningsvis 35 procent fler nyktra fall i behandlingsgrupper än i kontrollgrupper som inte fått någon behandling. Sex månader efter utskrivningen har denna skillnad krympt till omkring 20 procent. Efter ett år finns det praktiskt taget ingen skillnad mellan de alkoholister som fått behandling och de som inte fått någon behandling" (se figur 5:7).

Figur 5:7 Effekter av psykologiskt orienterad behandling för alkoholister relaterade till uppföljningstidens längd (Glass m fl 1981)



Lindström konstaterar också att bestående förbättringar av alkoholberoende personers dryckesmönster huvudsakligen tycks vara ett resultat av omständigheter som behandlare på en vårdinstitution inte råder över. Undersökningar av alkoholister som blivit helnykterister (t ex Saunders, Kershaw 1979, Vaillant 1983) tyder på att den främsta orsaken till varaktig "bot" är nya sociala relationer som gör att missbrukaren riskerar mer än förut genom att fortsätta dricka. En del alkoholister finner en ny livspartner som vägrar acceptera deras tidigare alkoholvanor, andra byter till en "torrare" arbetsmiljö och åter andra skaffar sig en ny grupptillhörighet som är oförenlig med fortsatt drickande, t ex medlemskap i länkrörelsen eller i någon religiös väckelserörelse.

Sänkt förmåga att tåla alkohol och en allvarlig försämring av den kroppsliga hälsan, som gör fortsatt drickande livshotande, är andra anledningar till att en del alkoholister — med eller vanligen utan behandling — varaktigt övergår till en nykter livsföring.

Frågan om vissa typer av behandling är mer effektiva än andra för alkoholister besvarar Lindström nekande:

"Jämförande studier av behandlingsprogram har funnit att en förändring av behandlingens *inriktning*, *varaktighet* eller *intensitet* knappast har någon inverkan alls på klienternas alkoholvanor efter avslutad behandling."

Lindström redovisar ett undantag från regeln att olika typer av behandling ger likvärdiga effekter på alkoholvanorna i en heterogen klient-

grupp. Det gäller en studie som jämförde två behandlingsprogram som enbart skilde sig åt i fråga om målet för behandlingen. Det ena övade klienterna i kontrollerat drickande medan det andra syftade till helnykterhet. Utvärderingen visade att de som övats i kontrollerat drickande återföll i högre utsträckning än andra klienter. Med en längre uppföljningstid tenderade dock även dessa skillnader att minska. Det kan, skriver Lindström på tal om denna studie,

"finnas behandlingsmetoder som är *sämre* än andra för den konventionella alkoholistvårdens, i de flesta fall, 'fysiskt beroende' klienter. Det tycks vara viktigt att behandlare inom alkoholistvården med fasthet och konsekvens, men utan förebråelser, förkroppsligar helnykterhetskravet. De måste, kort sagt, kunna erbjuda sina klienter ett effektivt moraliskt stöd eller *överjagsstöd*, som det ibland kallas."

Tidigare har missbrukarvården i stort sett utgått från föreställningen att alla missbrukare är lika och kan tillgodogöra sig samma behandling. Det finns därför få studier som granskat Lindströms tredje frågeställning, om vissa typer av klienter lyckas bättre i vissa typer av behandling. Lindström hittar endast en undersökning som medvetet och konsekvent parat ihop klienter och åtgärder. Undersökningen redovisar bättre resultat för de "matchade" klienterna än för de "felmatchade". Matchningen hade dock inte påverkat klienternas alkoholvanor. Eftersom sambandet mellan alkoholmissbruk och andra problem brukar öka med tiden finns risken att skillnaderna mellan de "felmatchade" och de övriga kommer att minska.

Lindström tecknar sammanfattningsvis en mörk bild av möjligheterna att uppnå resultatet vid behandling av alkoholism. Hans avhandling kan lätt ge upphov till en stark pessimism inför vårdens möjligheter. Det finns skäl att i några avseenden modifiera denna pessimism. Det bör observeras att Lindström själv understryker att hans resultat inte bör tolkas så, att behandlingsinsatser för alkoholmissbrukare skulle vara meningslösa (jfr nedan).

För det första. Behandlingsforskningen visar att resultaten av behandling har samband med klienternas sociala situation när behandlingen inleds (se t ex Löfgren, Nelson-Löfgren 1980). Behandlingsprogram som vänder sig till socialt jämförelsevis integrerade missbrukare i tidigare skeden av missbrukskarriären kan i allmänhet redovisa en högre andel rehabiliterade än verksamheter som vänder sig till socialtjänstens traditionella klienter, vilka — förutom missbruket — har omfattande sociala problem.

Dessa resultat är inte förvånande. Det förefaller även utomordentligt sannolikt, även om detta inte har undersökts, att de under de senaste decennierna starkt minskade möjligheterna för de tunga missbrukarna att erhålla arbete efter t ex en vårdperiod på ett behandlingshem också har försämrat behandlingsresultaten. Det finns anledning att känna pessimism inför missbrukarnas utsikter att få arbete, men då handlar pessimismen om arbetsmarknaden, inte om vården. Det vore inte rimligt att utdöma vårdinsatser för de tunga missbrukarna som meningslösa, för att de allra flesta av dessa numera är utestängda från den öppna arbetsmarknaden. Omvänt är det sannolikt att om fler av missbrukarna kunde erbju-

das arbete eller annan meningsfull sysselsättning, skulle också behandlingsresultaten förbättras.

För det andra. I uppföljningsstudier som redovisar en låg andel rehabiliterade klienter från ett vårdprogram, kommer det förhållandet att vårdinsatserna trots allt har haft effekter för somliga, lätt i skymundan. Även bland tungt utslagna klienter sker förbättringar hos vissa, förbättringar som ibland blir bestående. För en del klienter innebär mötet med vården en vändpunkt.

För det tredje. Att resultaten totalt sett — och i synnerhet i relation till högt ställda behandlingsmål — är begränsade, innebär inte att de är betydelselösa. De forskningsrön som redovisas i Lindströms avhandling kan inte, som Lindström själv konstaterar, tolkas så att behandlingen skulle sakna värde:

"Tillfälliga och begränsade förbättringar är avgjort att föredra framför inga andra förbättringar än dem som åstadkoms på naturlig väg. Även om behandling inte 'botar' alkoholism så bidrar den till att göra livet drägligare för många alkoholister och deras anhöriga i vårt samhälle. I denna mening är den behandling som erbjuds mer effektiv än ingen behandling alls."

För det fjärde. Lindström behandlar vilka effekter avgränsade behandlingsprogram har på klientens situation en tid efter det att behandlingen har avslutats. Ett annat perspektiv är vilka effekter behandlingen har under den tid den pågår. En allmän erfarenhet är att behandlingsinsatserna i detta perspektiv har stor betydelse. Missbrukare under pågående vård minskar sin alkoholkonsumtion, förbättrar sin hälsa och sin allmänna sociala situation. Det är efter avslutad vård som problemen uppstår på nytt. I en utvärdering av Skarpnäcksgården, en institution för socialt utslagna missbrukare, visar Kühlhorn och Gerdman (1983) att vistelsen på institutionen förbättrar klienternas situation jämfört med förhållandena innan intagningen. Tiden på vårdinstitutionen innebär ett förhållandevis effektivt skydd mot en rad destruktiva förhållanden i klientens vanliga liv. Författarna ser detta som ett resultat av klienternas "inkapsling" på institutionen. Kapseleffekterna kan sägas motsvara den återhämtning, fysiskt och psykiskt, som den traditionella institutionsvården ofta har haft som faktiskt behandlingsmål. Lindström talar om samma fenomen som "effekter av social omsorg".

De tillfälliga förbättringarna under vårdperioden — och ofta även under en viss tid efter vårdperioden — innebär, som Lindström påpekar, att ett förändringsutrymme skapas. En tids nykterhet "tillåter andra psykiska och sociala motiv än alkoholberoendet att göra sig gällande". Det ger en chans att stärka "motkrafterna" till missbruket. Även om resultaten inte visar sig vid en uppföljning efter ett år, kan vårdinsatsen ha betydelse i ett längre perspektiv. De tillfälliga förbättringar som en enstaka vårdinsats innebär kan, i bästa fall, utgöra ett positivt bidrag till klientens självläkningsprocess.

Utvärderingen av Skarpnäcksgården visar vidare att vårdtidens längd har betydelse för resultaten. För dem som stannade längre än nio månader på institutionen var resultaten bättre än för dem som hade kortare

behandlingstid. För dem med lång behandlingstid kvarstod också de positiva "kapseleffekterna" under längre tid efter avslutad vård på institutionen. Författarna finner inga skillnader i klienternas motivation eller bakgrund som förklarar denna skillnad utan drar slutsatsen att den viktiga faktorn är just behandlingstidens längd. De som stannat länge har också, som ett resultat av den längre vårdtiden, oftare skrivits ut till en tryggare social situation än den de hade vid inskrivningen.

Behovet av långvariga vårdinsatser för de tunga missbrukarna belyses också i utvärderingarna av den s k Krukis-verksamheten (Isaksson m fl 1978, Norman 1979). Krukis-verksamheten arbetade under 1970-talet med hemlösa män i Stockholm. I utvärderingarna följdes klienterna (behandlingsgruppen) och en slumpmässigt utvald kontrollgrupp från slutet av 1960-talet fram till år 1976. För båda dessa grupper av tunga missbrukare var läget enligt kartläggningarna i många avseenden dystert. För de missbrukare som ingick i behandlingsgruppen var dock situationen betydligt mer positiv under den tid de befann sig i verksamheten. Behandlingsgruppen hade också en bättre boendesituation under hela uppföljningstiden, dvs även efter att klienterna hade lämnat behandlingshemmet. De klienter som ingick i behandlingsgruppen var vidare betydligt mindre socialt isolerade. I stor utsträckning förklaras detta av att många fortsatte att ha kontakt med behandlingshemmet, även sedan de hade flyttat därifrån, genom en s k utegrupp. Att verksamheten innebar möjligheter till ett kontinuerligt, långsiktigt stöd framstår som den viktigaste faktorn bakom behandlingsgruppens förbättrade förhållanden.

En central slutsats av både Lars Lindströms och andras undersökningar är att behandling av tunga missbrukare inte framgångsrikt kan bedrivas i form av tillfälliga behandlingsinsatser av kort varaktighet, t ex en kortare institutionsvistelse. Inför isolerade sådana insatser finns det skäl att känna pessimism. Allt talar för att utsikterna att åstadkomma viktiga, positiva förändringar i missbrukarens liv är avsevärt större, om man inom den öppna socialtjänsten bygger upp sådana former för en långsiktigt stödjande kontakt som vi har gett exempel på tidigare i detta kapitel (avsnitt 5.6.4).

5.10 Sammanfattning

De tunga alkoholmissbrukarnas sociala och medicinska situation har försämrats påtagligt under de senaste decennierna. Dödligheten bland alkoholmissbrukare har ökat dramatiskt.

Den alkoholrelaterade dödligheten svarar för omkring en fjärdedel av alla dödsfall bland män i åldrarna 24 till 44 år. Missbruk är därmed den största enskilda orsaken till förtidig död bland män i denna åldersgrupp.

På 1940-talet förelåg mycket små skillnader i dödlighet mellan alkoholmissbrukare och normalbefolkningen. Dödligheten bland manliga socialt utslagna missbrukare har sedan ökat dramatiskt för att i början av 1980-talet vara omkring sju gånger så hög som normalbefolkningens.

De yngre alkoholmissbrukarnas överdödlighet är markant. För de yngre har också överdödligheten stigit särskilt kraftigt. Det är sannolikt att en tidig missbruksdebut allvarligt ökar risken för död i förtid.

Dödlighetsmönstret hos alkoholmissbrukare skiljer sig inte mellan män och kvinnor.

De tunga alkoholmissbrukarna har i stigande utsträckning slagits ut från arbetsmarknaden. År 1967 hade en majoritet av nykterhetsvårdens klienter arbete på den öppna arbetsmarknaden och lön som huvudsaklig försörjningskälla.

Tjugo år senare är läget det omvända. Förvärvsarbete spelar numera en helt underordnad roll för de missbrukare som är aktuella inom socialtjänsten. Lön som inkomstkälla har i stor utsträckning ersatts av pension eller socialbidrag, som tillsammans svarar för försörjningen för 75 procent av missbrukarna. Mindre än 10 procent har sin försörjning genom arbete.

Flera undersökningar visar att socialtjänsten har mycket lite hjälp att erbjuda arbetslösa missbrukare, frånsett socialbidrag.

De tunga alkoholmissbrukarnas boendesituation har också försämrats under de senaste åren, efter en förbättring under 1970-talet. Antalet bostadslösa i de tre största städerna kan våren 1987 uppskattas till omkring 5 000 personer.

Socialtjänstens kontakter med missbrukarna förändrades genom att nykterhetsvårdsarbetet integrerades med barnavårds- och socialhjälpsarbetet under 1960- och 1970-talen, liksom genom socialtjänstreformen år 1982. Nykterhetsvårdslagens noga preciserade föreskrifter för missbruksarbetet ersattes av en större frihet att arbeta förutsättningslöst i samverkan med klienten.

För de tunga missbrukarnas del synes förändringarna samtidigt ha inneburit vissa nackdelar. Omorganisationen har av allt att döma medfört en minskning av de resurser som kommunerna avsätter för arbetet med de tunga missbrukarna. Avspecialiseringen tycks också ha inneburit att socialbidragshanteringen tagit tid och kontaktmöjlighet från själva missbrukarbetet. Detta har i många större kommuner lett till omorganisation av socialtjänsten i den andra riktningen, genom att man har tillskapat särskilda arbetsgrupper och liknande för missbruksarbetet.

Enligt socialarbetarnas egna bedömningar får alkoholmissbrukarna mer ekonomisk hjälp och mindre behandling än vad som är befogat.

Missbrukarnas kontakt med socialtjänsten är ofta långvarig men sporadisk. En majoritet av missbrukarna har kontakt bara någon eller några gånger per år.

Det finns också ett stort antal alkoholmissbrukare som inte alls har kontakt med eller upptäcks av socialtjänsten. Andra har kontakt med socialtjänsten utan att deras missbruksproblem upptäcks eller anses som ett huvudsakligt problem.

Bristen på kontinuitet i kontakterna gäller också för institutionsvårdade missbrukare. Uppföljning efter institutionsvård fungerar sällan på det sätt som förutsattes när socialtjänstlagen infördes.

Institutionsvården präglas i hög grad fortfarande av en starkt omhändertagande attityd, som i kombination med bristfällig uppföljning i öppenvård sällan leder till bestående resultat.

Samarbetet mellan socialtjänsten och sjukvården är dåligt utvecklat. Ofta vet man inom det ena av dessa områden inte att klienten respektive patienten är aktuell inom det andra.

Mot denna dystra bild av socialtjänstens arbete med de tunga alkoholmissbrukarna kontrasterar bl a ett flertal verksamheter som bedrivs i projektform. Exempel på sådana finns t ex i Huddinge (Smultronstället), Malmö (FIM-projektet) och de s k Rehab-teamen i Stockholm. Dessa projekt inriktas på olika, men väl avgränsade missbrukargrupper och arbetet bärs upp av en gemensam vårdideologi. Projekten har delvis olika inriktning, men bygger på tät och långvarig kontakt med missbrukarna. Projekten präglas av ett starkt engagemang från personalens sida.

Utvecklingen inom institutionsvården har medfört totalt sett färre vårdplatser för de tunga alkoholmissbrukarna. Samtidigt har en rad institutionsresurser tillkommit som är mer behandlingsinriktade och vänder sig till missbrukare som har kvar åtminstone en del av sin sociala förankring. De högre ambitionerna och förnyelsen av behandlingsmetoderna är positiva inslag. Utvecklingen innebär samtidigt en ökad risk för att de sämst ställda alkoholmissbrukarna inte får sina vårdbehov tillgodosedda.

Behandlingsforskningen tyder på att behandling av tunga alkoholmissbrukare inte framgångsrikt kan bedrivas i form av tillfälliga insatser av kort varaktighet. Allt talar för att utsikterna att åstadkomma viktiga, positiva förändringar i missbrukarnas liv är större om man inom den öppna vården bygger upp former för långsiktigt stödjande insatser.

6 Narkotikamissbrukarna och vården

6.1 De narkotiska medlen

6.1.1 Inledning

Definitionen av narkotika finns angiven i 8 § narkotikastrafflagen (1968:64). Bestämmelsen omfattar sådana medel som är föremål för kontroll enligt internationella överenskommelser, men också ett antal medel som enligt svenska bestämmelser skall anses som narkotika. Till de narkotiska medlen räknas främst centralstimulantia, opiater, cannabis och hallucinogener. Men även vissa sömnmedel och lugnande medel är klassade som narkotika.[1]

6.1.2 Centralstimulantia

Det i Sverige vanligaste centralstimulerande medlet är amfetamin. Även fenmetrazin eller fenmetralin (Preludin) förekommer i begränsad omfattning. Centralstimulerande medel är numera inte registrerade som läkemedel i Sverige.

Amfetaminpulver kan lösas i vatten och drickas. Det vanligaste är dock att narkotikamissbrukarna intar medlet genom injektion.

Till de centralstimulerande medlen räknas också kokain. Kokain snusas, rökes, sniffas eller injiceras. Under senare år har vissa beslag av kokain gjorts i Sverige och enligt uppgifter från polisen har medlet även nått gatunivån. Detta kan innebära att medlet förekommer i traditionella missbrukarkretsar. Från sjukhusen rapporteras också kontakter med personer som missbrukar kokain. Det s k BAK-projektets studie av klienter inom narkomanvården (Olsson 1986) visar att många av de missbrukare som ingår i undersökningen någon gång provat kokain.

De centralstimulerande medlen har en aktiverande och stimulerande effekt på centrala nervsystemet. Behovet av sömn minskar kraftigt liksom behovet av mat och dryck. Effekten av en injektion sitter i tre till fem

[1] Framställningen i avsnitt 6.1 och 6.2 bygger främst på rapporten "Narkotika och ohälsa", som utarbetats inom ramen för socialdepartementets projekt Hälso- och sjukvården inför 90-talet (HS-90) samt en forskningsöversikt som utarbetats inom delegationen för social forskning (Olsson 1987).

timmar. När preparateffekten släpper kommer trötthet, oro och värk i leder och muskler.

Amfetaminmissbruket har ofta ett cykliskt förlopp. Missbrukaren använder preparatet intensivt några dygn upp till ett par veckor för att sedan bryta för sömn och vila. När han "tänder av" är det inte sällan med hjälp av dämpande medel som sömnmedel eller alkohol.

Kokain ger liknande effekter som amfetamin med den skillnaden att kokainet ger ett kortvarigare rus — en till två timmar. Den kroniske kokainmissbrukaren kommer in i en liknande missbrukscykel som amfetaminmissbrukaren; perioder av intensivt missbruk med vakenhet och dåligt intag av föda och vätska varvas med återhämtningsperioder med sömn och mat.

6.1.3 Opiater

Opiater är ett samlingsbegrepp för ett stort antal olika medel. I råopium finns en rad medicinskt aktiva substanser, t ex morfin och kodein. Morfin är ett kraftigt narkotikum medan kodein har en mycket svagare effekt. Morfinet kan genom en kemisk process omvandlas till heroin. Morfinbas är ett slags "halvfabrikat". Tillverkningsprocessen har inte nått fram till heroin. Till opiaterna räknas också ett antal syntetiskt framställda preparat som har liknande farmakologiska effekter som morfin, t ex metadon.

Under 1960-talet dominerades opiatmissbruket i Sverige av råopium men förekom endast i begränsad omfattning. Ett icke obetydligt morfinbasmissbruk förekom under de första åren av 1970-talet, men det var först efter heroinets introduktion på den illegala narkotikamarknaden i mitten av 1970-talet som opiatmissbruket fick en större omfattning. Heroinmissbruket har dock minskat under de senaste åren.

Opiaterna kan tas in genom rökning, snusning, sniffning eller injektion. Det dominerande intagningssättet i Sverige är injicering.

De olika opiatpreparaten har alla i princip samma verkningssätt och tillvänjningsrisk. Det som framför allt skiljer preparaten åt är verkningstidens längd. Heroin har kort verkningstid; vid intravenös injektion tre till fyra timmar. Morfin och morfinbas har en något längre verkningstid — fyra till fem timmar vid injektion.

Ett utvecklat missbruk av t ex morfin eller heroin karaktäriseras av ett starkt fysiskt och psykiskt beroende samt en markant toleransutveckling.

Heroinmissbrukaren pendlar mellan olika tillstånd. Direkt efter en injektion erhålls en kraftig lustupplevelse (s k kick). Efter 10—15 minuter inträder ett tillstånd av psykisk balans, då missbrukaren både känner sig normal och fungerar psykiskt normalt. Om en heroinmissbrukare, som vanemässigt använder preparatet, inte tar en ny heroininjektion efter fyra till fem timmar går han gradvis in i en abstinensfas. Abstinensbesvären ökar undan för undan och når maximum efter ca 40—48 timmar. Detta tillstånd karaktäriseras av ångest, rastlöshet, smärtor i hela kroppen, sömnlöshet, tårflöde, svettningar, illamående, kräkningar, diarré, kramper, rubbningar i vätskebalansen, aptitlöshet m m.

Tillståndet upphör omedelbart genom intravenös tillförsel av något opiat. Om ingen tillförsel sker avtar symtomen successivt. Efter 7—10 dagar har alla objektiva symtom på abstinens försvunnit.

Vid kontinuerlig tillförsel av t ex heroin utvecklar kroppen en tolerans för preparatet så att en successiv doshöjning måste ske för att samma effekt skall uppstå. Vid hög tolerans kan dygnskonsumtionen komma upp i mängder som är 50-100 gånger större än vad som normalt motsvarar en dödlig dos. Toleransutveckling sker redan efter ett fåtal veckors regelbundet missbruk.

Den etablerade heroinmissbrukaren ägnar större delen av sin vakna tid åt verksamhet inriktad på att få ihop pengar till narkotika till dagens tre-fyra injektioner och därmed undvika att komma in i abstinensfasen. Missbrukaren tvingas till kriminalitet och/eller prostitution — ofta i stor omfattning — för att finansiera sitt missbruk.

Så här beskrivs den etablerade heroinmissbrukarens vardag i en studie (Andersson m fl 1986):

"Missbruk av heroin gör dygnet inrutat och stressigt. Egentligen måste man planera dagsschemat senast dagen innan. Drogberoendet gör att man måste ha en första heroininjektion redan när man stiger upp på morgonen, och därför måste denna vara förberedd. Efter denna start på dagen gäller det som regel att ge sig ut på stan och sälja narkotika, "deala", leta rätt på en försäljare eller skaffa pengar. Som heroinist är man i regel känd hos polisen, vilket innebär ett ständigt hot om omhändertagande. Även om gripandet inte leder till någon kännbar åtgärd så är redan några timmar i arresten besvärande när abstinensen sätter in.

Den som försörjde sig på stölder fick vara smart och fingerfärdig. Ju längre in på 1970-talet man kom, desto dyrare och mer lättsålda prylar måste man ta vid inbrott och butiksstölder. Det gällde att hålla sig ajour med tidens växlande modevågor; var det kassettbandspelare, bilstereo eller video som efterfrågades mest på hälarmarknaden?"

6.1.4 Cannabis

Cannabis är ett samlingsnamn för hasch och marihuana, som framställs ur hampväxten Cannabis sativa. Hasch är ett kådliknande harts som avsöndras från blomman. Marihuana utgörs av växtens torkade blomställningar och toppskott, ibland också av blad och delar av stammen. Den aktiva substansen i cannabispreparaten är THC (tetrahydrocannabinol). Hasch innehåller en högre koncentration av THC än marihuana. Av cannabisplantan kan också framställas cannabisolja, som har en avsevärt högre koncentration av THC än hasch.

Det vanligaste intagningssättet är rökning. Marihuana rullas till cigaretter och hasch blandas med tobak och röks i pipor eller rullade cigaretter. Cannabisoljan droppas vanligen på tobak och röks men kan också blandas med mat eller dryck.

I Sverige förekommer nästan enbart hasch. Det är också det medel som oftast används vid tillfälligt experimentellt missbruk bland ungdomar och i socialt väletablerade grupper.

Haschruset karaktäriseras ofta av en känsla av upprymdhet och en tendens att prata och skratta mer än vanligt. Tidsuppfattningen kan på-

verkas. Så småningom kan detta tillstånd övergå i sin motsats; personen blir tyst, fundersam och sömnig. Rusupplevelsen är som regel över på några timmar, ibland följd av ett långdraget bakrus.

Cannabis hänförs ibland till hallucinogener.

6.1.5 Hallucinogener

Hallucinogener är ett samlingsnamn för en rad ämnen av vilka en del i sin kemiska grundstruktur uppvisar stora olikheter. De internationellt sett vanligaste missbruksmedlen i denna grupp är LSD, meskalin, psilosybin och PCP. I Sverige är det egentligen bara LSD som fått någon utbredning. Det förekom i viss utsträckning i början av 1970-talet men har därefter blivit alltmer sällsynt.

LSD har i Sverige förekommit i tablettform eller indränkt i papper. Det kan intas genom munnen men kan också rökas, sniffas eller injiceras. Medlet är verksamt i mycket små doser. Ett par droppar av en lösning i ett glas vatten eller på en sockerbit kan vara en tillräcklig dos. De psykiska effekterna visar sig efter ca 45 minuter och karaktäriseras av förändringar i stämningsläget och i varseblivningen. Störningar av syn och hörsel är vanliga. Föremål ändrar form och storlek. Ljus och ljud ändrar karaktär. Upplevelsen av tid och rum förändras. Effekterna av ett LSD-rus kvarstår under 8—12 timmar.

6.1.6 Sömnmedel och lugnande preparat

Man brukar dela in sömnmedel och lugnande preparat i *sedativa* (lugnande medel), *ataraktika* (lugnande och ångestdämpande medel) och *hypnotika* (sömnmedel). I det nuvarande urvalet av preparat är indelningen inte längre riktigt meningsfull eftersom effekterna griper in i varandra och är svåra att hålla isär. Bland psykofarmaka är det framför allt sömnmedel och lugnande preparat som innebär risker för missbruk och tillvänjning.

Den absoluta majoriteten av de preparat som saluförs under dessa beteckningar tillhör den kemiska familjen benzodiazepiner eller benzodiazepinderivat, som nästan helt har ersatt äldre medel med större biverkningsrisker och högre giftighet (exempelvis barbitursyrederivaten).

Några exempel på Benzodiazepiner:

Kemiska beteckningar:	Preparatnamn:
Kloridiazepoxid	Librium
Diazepam	Valium, Apozepam, Stesolid
Oxazepam	Sobril, Alopam, Serepax
Lorazepam	Temesta
Diakaliumklorezepat	Tranxilen
Alprazolam	Xanor
Nitrazepam	Mogadon, Apodorm, Nitrazepam
Flunitrazepam	Rohypnol

För alla dessa medel gäller att de i låg dos är lugnande och ångestdämpande och i högre dos sömngivande. Deras egenskaper varierar bl a beroende på hur snabbt de verkar och på vilken verkningstid de har.

Det finns ytterligare medel av annan kemisk byggnad men med besläktade effekter och missbruksrisker. Här kan nämnas Heminevrin, Modirax, Ansopal, Restenil, Noludar och vissa medel som används vid epilepsi och Parkinsons sjukdom.

De ämnen som förekommer i hypnotika-sedativa är sedan år 1971 klassade som beroendeframkallande droger i enlighet med Wienkonventionen och sedan år 1972 som narkotika av socialstyrelsen.

Preparaten är sinsemellan ganska olika, men de påtagliga effekterna är likartade; eufori, dämpning av ångest och oro, avslappning, trötthet och sänkning av vakenhetsgraden till medvetslöshet med ökande doser. Det är sannolikt de euforiserande effekterna som har störst betydelse när det gäller beroendeutvecklingen.

Det kan vara svårt att skilja missbruk av läkemedel från beroende. Med missbruk avses en okontrollerad användning i berusningssyfte. Beroende kan emellertid förekomma med en läkemedelsanvändning helt i enlighet med läkarens ordination.

Beroende kännetecknas bl a av att abstinenssymtom uppträder om man avbryter tillförseln av läkemedlet. Abstinenssymtom kan utvecklas efter en bensodiazepinanvändning under kort tid — från dagar till veckor — och i konventionell dosering (Borg m fl 1985). De vanligaste abstinenssymtomen är ångest, oro, sömnbesvär och depression. Darrningar förekommer också men är inte lika uttalade som vid alkoholabstinens. Vidare förekommer muskelsvaghet och ryckningar, yrsel, illamående, värk och ökad smärtkänslighet. I allvarliga fall kan personen i fråga få delirium. Också epileptiska anfall kan förekomma. En undersökning visar att en tredjedel av hypnotika-sedativapatienterna vid ett stockholmssjukhus hade delirium och en tiondel epileptiska anfall (CAN nr 12 1987 sid 5). Vissa preprat ger abstinenssymtom redan efter ett halvt dygns drogfrihet medan abstinensbesvären vid mer långverkande medel kan uppträda först efter 7—10 dagar. Lättare abstinenssymtom, t ex sömnbesvär, ångest och darrningar kan uppträda under 4—8 månader efter det att den akuta abstinensen klingat av.

Ett annat kännetecken på beroende är dos- och toleransutveckling, dvs att individen successivt måste öka intaget av medlet för att uppnå den eftersträvande effekten.

Man brukar också tala om ett psykiskt beroende, dvs ett tillstånd som kännetecknas av att individen har svårt att fungera utan de effekter som preparatet ger. Tillvaron kan kännas tom, meningslös och otrygg. Detta är vanligen ett stort problem i det långsiktiga behandlingsarbetet.

Eftersom abstinens vid missbruk/beroende av hypnotika-sedativa kan medföra allvarliga komplikationer när det rör sig om förhöjda doser, bör avgiftningen i regel ske i sluten vård.

Det finns fortfarande liten vetenskaplig dokumentation om den långsiktiga prognosen för personer med läkemedelsmissbruk. De flesta forskare är emellertid överens om att det liksom vid andra former av miss-

bruk rör sig om tillstånd med dyster prognos trots omfattande behandlingsinsatser.

En femårsuppföljning av patienter som vårdats för missbruk av sömnmedel och lugnande medel på en psykiatrisk klinik i Stockholm visade att drygt 80 procent hade återgått till sina medel och hälften till klart missbruk fem år efter avgiftning. Dödligheten var hög. Den undersökta gruppen hade ursprungligen goda socioekonomiska förhållanden vad gäller t ex utbildning och inkomst. Den sociala situationen försämrades dock under uppföljningen (Borg 1986).

6.2 Sjuklighet och dödlighet

6.2.1 Sjukligheten

Narkotikamissbruk kan leda till en rad kroppsliga skador. Injektionsmissbrukarna utsätter sig för särskilt stora risker. Detta beror på att de medel som injiceras är orena eller uppblandade med andra ämnen och på att sprutor, nålar och injektionsområden inte steriliseras. Därtill kommer att missbrukarna utsätter sig för hälsorisker också genom sin livsföring i övrigt.

AIDS/HIV behandlas i avsnitt 6.3.

Orena injektionslösningar, injektionsnålar och injektionsområden leder till talrika infektioner bland intravenösa missbrukare, oberoende av vilket preparat som injiceras. Missbrukarna utsätter sig för risken att drabbas av såväl olika typer av bakteriella infektioner som virusinfektioner.

Till de mer vanliga bakteriella infektionerna hör blodförgiftning, endokardit (inflammation i hjärtats innerhinna eller klaffar), lunginflammation, infektioner i bindväv och muskler samt hudinfektioner.

Den vanligaste virusinfektionen är gulsot (hepatit). Sambandet mellan akut eller kronisk leversjukdom och narkotikamissbruk är väl dokumenterat. Leverförstoring förekommer enligt amerikanska undersökningar hos upp till 30 procent av heroinmissbrukarna och försämrad leverfunktion hos upp till 75 procent av dem. En av de vanligaste orsakerna till detta är med säkerhet förekomsten av akut eller kronisk leverinflammation (hepatit). De vanligaste formerna av smittsam gulsot är epidemisk gulsot (hepatit A) och inokulationshepatit eller "kanylgulsot" (hepatit B). Det finns även en hepatit C, som är mindre vanlig.

Hepatit B är en välkänd komplikation till intravenöst narkotikamissbruk. Också hepatit A och C kan uppträda sporadiskt eller i epidemisk form bland intravenösa missbrukare.

Patienten har vid hepatit normalt sett en god prognos. Endast enstaka dödsfall inträffar. Eftersom missbrukarna i allmänhet efter en leverinfektion fortsätter att injicera narkotika riskerar de emellertid att med tiden få en kronisk hepatit.

En del komplikationer har mer direkt att göra med det medel som används.

En av de vanligaste dödsorsakerna vid opiatmissbruk är överdosering. Denna kan inträffa när medlet är mer koncentrerat än vad missbrukaren räknar med, eller om han missbedömer den egna toleransnivån, t ex efter en avgiftning, eller om flera medel används, t ex heroin och alkohol. Vid överdosering av opiater förlamas andningscentrat i hjärnan och andningen minskar eller upphör helt. Kommer missbrukarna till sjukhus snabbt kan de som regel återupplivas genom tillförsel av Naloxon.

Dödsfall i samband med överdoser av centralstimulantia förekommer men är mer sällsynta än vid opiatmissbruk. Det vanligaste är att stora doser eller överdoser av medlet resulterar i hyperaktivitet, darrningar, rastlöshet, pratsamhet, svettningar, pupillutvidgning, ökad hjärtverksamhet, förhöjt blodtryck, näsblod, huvudvärk och kräkningar.

Centralstimulantia påverkar den nervösa kontrollen av muskulaturen vilket ger typiska ofrivilliga rörelser, liknande symtomen vid s k danssjuka. Muskelryckningar i ansiktet, s k tics, är speciellt vanliga. I allmänhet försvinner symtomen efter den akuta förgiftningen. Hos personer med ett långvarigt och intensivt centralstimulantiamissbruk kan symtomen ibland kvarstå till följd av att en hjärnskada har uppkommit.

Centralstimulantiamissbrukarens tänder förstörs också genom att saliven på grund av uttorkning blir sparsam och tjockflytande, vilket gör att tänderna lättare drabbas av karies. En annan orsak är att missbrukaren under påverkan av centralstimulantia ofrivilligt gnider och pressar tänderna mot varandra, vilket kan förorsaka sprickor, s k kronsprängning.

De centralstimulerande medlen introducerades ursprungligen som bantningsmedel. Med de höga doser som missbrukarna använder försvinner hungerkänslorna. Undernäring och felnäring är vanliga.

En rad psykiska komplikationer finns dokumenterade, framför allt vid missbruk av centralstimulantia. Ängslan, delirium, hallucinationer, panikreaktioner och paranoida föreställningar har redovisats. Psykoser vid centralstimulantiamissbruk är vanligt förekommande och har beskrivits i många kliniska undersökningar men även från experimentella studier. Ett fåtal fall av cannabispsykos har också redovisats, bl a från Sverige (Bernhardson och Gunne 1972, Engström 1981, Pålsson m fl 1982). För åtminstone några av de redovisade fallen tyder tillgängliga uppgifter på att cannabis har haft en avgörande betydelse för uppkomsten av en psykos.

Bland personer med ett intensivt och långvarigt cannabismissbruk finns symtom beskrivna som ibland getts beteckningen "amotivationssyndromet". Detta karaktäriseras av apati, sänkt ambitionsnivå, försämrad förmåga att genomföra komplicerade uppgifter och att fullfölja långtidsplaner, långsamma mentala reaktioner m m. Forskningsresultaten har dock varit motstridiga. En nyligen redovisad undersökning från forskningskliniken vid S:t Lars sjukhus i Lund talar emellertid för att cannabismissbruk kan få sådana effekter. Enligt undersökningen har personer som missbrukar cannabis en sänkt genomströmning av blod i hjärnan, vilket skulle kunna vara en delförklaring till amotivationssyndromet.

Sömnmedel och lugnande medel ger vid tillräckligt stora mängder upphov till förgiftningar som i mycket liknar akut alkoholförgiftning.

Överdosering kan leda till döden eller medvetslöshet i flera dygn och ibland till hjärnskador till följd av syrebrist.

Läkemedelsmissbruk kan också ge en försämring av hjärnans funktion. När man mäter dessa patienters psykiska förmåga vid en s k psykometrisk utredning finner man, liksom hos alkoholmissbrukare, ofta tecken på hjärnskada. Det finns för närvarande inga uppgifter om dessa skador är bestående eller ej.

Det finns inget mått på den totala omfattningen av narkotikamissbrukarnas somatiska sjuklighet. Det föreligger emellertid vissa data dels om överdoser, dels om hepatit. Från ett stockholmssjukhus (Sabbatsberg) redovisas 223 fall av heroinintoxikation för år 1981 (Engström m fl 1982). Antalet överdosfall i landet i dess helhet är okänt. De flesta fallen förekommer med säkerhet i storstockholmsområdet där heroinanvändning är relativt vanlig bland missbrukare.

Antalet fall med inokulationshepatit ("kanylgulsot") har med något undantag varit mellan ca 600 och ca 1 000 per år. Bland de narkotikamissbrukare som sökte vård vid narkomanvårdskliniken i Lund under 1970-talet uppgav hälften att de någon gång hade haft gulsot (Andersson m fl 1986).

Det s k BAK-projektets studie av klienter inom narkomanvården ger en liknande bild (Olsson 1986). Den vanligaste komplikationen i samband med narkotikamissbruk bland de undersökta missbrukarna var överdoseringar. 48 procent av samtliga uppgav att de någon gång råkat ut för detta. Därnäst följde gulsot som någon gång drabbat 43 procent av missbrukarna. Omkring 1/3 hade någon gång råkat ut för andra infektioner eller olycksfall. De psykiska problemen var också framträdande. Det var t ex tolv gånger vanligare med självmordsförsök i klientgruppen än i en normalpopulation. Även sömnbesvär, ångest och depressioner var betydligt mera vanliga i klientgruppen.

Kliniska erfarenheter och vissa undersökningar tyder på att de somatiska åkommorna bland narkotikamissbrukarna har ökat i omfattning under senare år.

Inom ramen för den tidigare nämnda undersökningen från S:t Lars sjukhus har sjukligheten hos kvinnliga narkotikamissbrukare undersökts (Tunving, Nilsson 1985). Kvinnorna vårdades perioden 1971—1972 eller 1981—1982. Hälften har vårdats för opiatmissbruk, hälften för missbruk av amfetamin, cannabis och/eller läkemedel. Hälften av kvinnorna har haft gulsot. I synnerhet de kvinnor som vårdats under den senare perioden har ofta varit utsatta för infektioner, som haft samband med deras narkotikamissbruk och deras livsföring i övrigt. Alla former av infektioner förekommer, som urinvägsinfektioner, lunginflammationer och blodförgiftning men vanligast är infekterade vener och bölder. Hjärnskador som sannolikt uppkommit genom narkotikamissbruk förekommer hos 6 procent. 25 procent har tecken på leverskada. Var tredje kvinna har råkat ut för frakturer och skalltrauma eller andra skador, ofta i samband med misshandel. Praktiskt taget alla kvinnor som var intagna för sjukhusvård åren 1981—1982 har haft olika gynekologiska infektioner. Detta antas hänga samman med att de ofta finansierar sitt missbruk genom prostitution.

6.2.2 Dödligheten

Dödligheten bland narkotikamissbrukare är endast ofullständigt kartlagd. De undersökningar som gjorts visar ändå klart att en betydande överdödlighet förekommer och att den sannolikt ligger ännu högre än vad som är fallet vid alkoholmissbruk.

En undersökning av personer med alkoholrelaterad eller narkomanidiagnos som år 1983 skrevs ut från sluten psykiatrisk sjukhusvård visade en högre överdödlighet för narkotikamissbrukarna än för alkoholmissbrukarna. Undersökningen visar en överdödlighet för män med narkomanidiagnos på 6,9 och för kvinnor på 5,4 gånger den förväntade hos "normalbefolkningen". Motsvarande värden vid alkoholrelaterad diagnos är 3,8 och 5,2 (Socialstyrelsen redovisar 1985:4). För männens del är skillnaden således betydande.

Särskilt injektionsmissbrukare löper en betydande risk. För åldersgruppen 20—24 år redovisas från en undersökning av personer med stickmärken en dödlighet på 8,1 per 1 000 individer och observationsår. Dödligheten i medelbefolkningen i samma åldersgrupp var 0,78. I åldersgruppen 30—34 år är motsvarande siffror 15,0 för injektionsmissbrukarna mot 1,04 för "normalbefolkningen" (Bejerot 1975).

En uppföljning av 524 narkotikamissbrukare vårdade vid S:t Lars i Lund någon gång mellan åren 1970 och 1978 visar att 62 hade dött före 1 juli 1984 (varav 19 genom självmord och 43 genom förgiftning, olyckor och våld). Dödligheten i hela gruppen var 3,5 gånger högre än den förväntade. Dödligheten var högst bland opiatmissbrukarna inom denna grupp var männens överdödlighet 5,4 och kvinnornas 8,0 gånger den förväntade (Tunving 1986).

Samma höga nivå redovisas också i en undersökning av danska morfinister (Haastrup m fl 1981).

6.3 AIDS och narkotikamissbruk

6.3.1 Bakgrund

I december 1984 kom de första provsvaren som visade att narkotikamissbrukare i Sverige hade smittats av det virus som kan leda till sjukdomstillståndet AIDS. Smittan har sedan dess fått betydande spridning framför allt bland intravenösa heroinmissbrukare i Storstockholmsområdet.

6.3.2 Vad är AIDS?

AIDS är förkortningen av det engelska uttrycket "Aquired Immune Deficiency Syndrome"; på svenska "förvärvad immunbrist". AIDS förorsakas av ett smittsamt virus som numera kallas HIV (= Human Immunodeficiency Virus; tidigare kallat LAV/HTLV-III).

Viruset förekommer i blod och sädesvätska men också i modersmjölk och andra kroppsvätskor såsom sekret från slidan och livmodern, saliv och tårar. Smittspridningen sker normalt på tre sätt:

- Vid samlag och andra former av sexuellt umgänge där infekterad sädesvätska eller slidvätska kommer i direktkontakt med en slemhinna.
- När infekterat blod eller infekterade blodprodukter kommer i kontakt med blod, som sker vid blodtransfusioner men också när t ex en injektionsspruta används av flera personer utan att steriliseras mellan användarna.
- Från mor till barn; antingen under graviditeten genom att infekterat blod från modern förs över till barnet genom moderkakan, vid födelsen eller, efter födelsen, genom modersmjölken.

Det finns inget belägg för att luftburen smittspridning är möjlig, eller att smitta kan överföras genom handslag och kramar. Det brukar framhållas att infektion av HIV och hepatit B (en form av smittsam gulsot) sprids på likartat sätt med den skillnaden att smittsamheten vid hepatit B är betydligt högre.

HIV är ett s k kvardröjande virus, vilket innebär att den smittade själv märker mera påtagliga effekter av infektionen först efter en längre tid, ofta efter flera år. Redan några veckor efter smittotillfället kan dock vissa sjukdomssymtom uppträda hos den smittade. Dessa visar likheter med symtomen vid vissa vanliga luftvägsinfektioner; halsont, feber, svullna lymfkörtlar, huvudvärk, muskel- och ledvärk, koncentrationssvårigheter samt hudutslag. Dessa symtom brukar kvarstå ungefär en vecka och avklingar sedan. När den akuta infektionen upphört känner sig den smittade oftast helt frisk. Den smittades immunförsvar utvecklar normalt antikroppar mot HIV. Antikroppar kan påvisas tidigast tre veckor efter smittotillfället men det kan i vissa fall ta flera månader för kroppen att bilda antikroppar mot viruset. Förekomsten av antikroppar innebär emellertid inte som vid många andra sjukdomar, att viruset har försvunnit ur den smittades kropp och att han är immun mot smittämnet. Att antikroppar mot HIV kan påvisas kan därför endast ses som ett tecken på att personen i fråga någon gång har blivit smittad. Man utgår från att den som en gång smittats med HIV kommer att vara smittbärare och smittsam under återstoden av sitt liv.

Det är svårt att isolera HIV-virus. Detta kan göras endast vid välutrustade laboratorier genom en mycket avancerad och kostsam analysmetod. Det är betydligt lättare att ta reda på om någon har antikroppar mot viruset. För detta räcker det med ett enkelt blodprov. Det är främst denna metod som används för att kartlägga vilka som är bärare av viruset. En faktor som försvårar tolkning av provsvaren är emellertid, som framgått ovan, att det kan dröja månader innan den smittade utvecklar antikroppar. Därför måste ett prov som inte innehåller antikroppar mot HIV-virus upprepas om det gått mindre än sex månader sedan smittotillfället.

En betydande andel av de smittade — jämför nedan — utvecklar sjukdomstillståndet AIDS. Hur lång tid efter smittotillfället som AIDS-tillståndet inträder varierar kraftigt från individ till individ. Några når detta stadium inom ett år, andra först efter flera år.

Andra tillstånd som orsakas av HIV är LAS (Lymfadenopatisyndrom) och ARC (AIDS Related Complex eller tillstånd som har samband med

AIDS). Symtomen vid dessa förstadier till AIDS är svullna lymfkörtlar, långvarig feber, kraftig nattsvettning, svår trötthet, depression, personlighetsförändring och minnesstörningar.

När diagnosen AIDS kan ställas har det livshotande slutstadiet av HIV-infektionen inträtt. Den sjukes immunförsvar har då nästan helt upphört att fungera. Diagnosen AIDS ställs vid två sjukdomstillstånd. Det ena är när den HIV-smittade har drabbats av vad som brukar kallas opportunistiska infektioner, dvs den typ av infektioner som inte angriper en människa med ett intakt immunförsvar. Infektionerna orsakas av smittämnen som kan vara en protozo (encelligt urdjur), en bakterie, ett virus eller en mikroskopisk svamp. Den vanligaste opportunistiska infektionen är lunginflammation orsakad av Pneumocystis carinii, en protozo. Det andra tillståndet föreligger när den sjuke drabbats av Kaposis sarkom, som är en kärltumör i hud, slemhinnor eller lymfkörtlar.

Dödligheten är mycket hög bland dem som har fått diagnosen AIDS. Såvitt man känner till har inte någon som fått diagnosen tillfrisknat.

Det finns ännu inga säkra uppgifter om hur många av dem som är HIV-smittade som kommer att utveckla AIDS. I flera undersökningar har man följt HIV-smittade personer i fyra till fem år efter det att man kunnat påvisa antikroppar mot viruset. Resultaten visar att andelen som utvecklar AIDS eller s k förstadier (LAS eller ARC) varierar kraftigt mellan de olika undersökningarna. Så visar t ex en dansk undersökning att 7,7 procent av de smittade utvecklade AIDS inom en femårsperiod, medan andelen AIDS-fall i en motsvarande amerikansk undersökning (från New York, Manhattan) var hela 31,8 procent. På grundval av dessa och liknande undersökningar räknar man för närvarande med att 10-30 procent av de HIV-smittade kommer att utveckla AIDS inom en femårsperiod. Andelen som utvecklar s k förstadier till AIDS beräknas ligga högre; 20—50 procent. Det betyder således att andelen HIV-smittade som förblir friska under en femårsperiod kan variera från som högst 70 procent till som lägst 20 procent. Man vet ännu inte vad som sker med de HIV-smittade i ett längre tidsperspektiv. Risken att utveckla AIDS förefaller emellertid öka för varje år som går. De senaste forskningsresultaten talar för att majoriteten av de smittade kommer att utveckla AIDS. Vissa forskare förutspår att närmare 100 procent av de smittade kommer att drabbas. Andra gör mer optimistiska bedömningar.

Det finns vissa forskningsresultat som tyder på att infektioner som innebär en belastning för immunförsvaret ökar risken för att en HIV-smittad skall utveckla AIDS. Man har därvid bl a pekat på sexuellt överförbara sjukdomar och hepatit.

Det är mot den bakgrunden man anser att en HIV-smittad som genom intravenöst missbruk och/eller sin livsföring i övrigt fortsätter att förstöra sin hälsa löper en förhöjd risk att drabbas av AIDS. Vissa preliminära data från en pågående amerikansk studie tyder också på en särskilt snabb nedbrytning av immunförsvaret hos sådana HIV-smittade som är aktiva intravenösa missbrukare.

Tilläggas bör också att forskarna under senare tid har gjort upptäckter som ytterligare komplicerar bilden beträffande de HIV-smittade. Det förefaller som om HIV-infektion kan förorsaka allvarliga skador på det

centrala nervsystemet — skador som kan leda till svåra demenstillstånd som i sin tur kan medföra att de smittade blir kroniska vårdfall. Dessa skador diagnosticeras inte som AIDS. Man vet ännu inte hur många av de smittade som kan komma att drabbas av sådana hjärnskador men bland dem som har fått diagnosen AIDS har man funnit denna typ av skador i ungefär 3/4 av fallen.

Det har visat sig mycket svårt att finna något botemedel mot infektion av HIV och något vaccin mot infektionen finns ännu inte. Ett mycket omfattande forskningsarbete bedrivs emellertid runt om i världen och vissa framsteg har gjorts under senare tid. Bl a i USA och i vårt land prövas läkemedel som inte kan bota men — i bästa fall — hämma virusets spridning i kroppen.

6.3.3 HIV/AIDS-epidemins spridning

HIV/AIDS-epidemin sprider sig över världen i snabb takt. HIV-virusets spridningssätt har lett till att förekomsten av viruset ännu så länge i huvudsak är begränsad till homo- och bisexuella män, intravenösa narkotikamissbrukare samt mottagare av blod och blodprodukter. Detta gäller emellertid enbart situationen i västvärlden. I Afrika är smittan mer allmänt spridd — och då även via heterosexuellt umgänge — och således inte huvudsakligen begränsad till vissa s k riskutsatta grupper. Smittan är där också jämnt fördelad på kvinnor och män. En ökande spridning utanför de s k riskutsatta grupperna rapporteras också från flera länder i Västeuropa. Emellertid saknas i flertalet länder tillförlitliga epidemiologiska data beträffande HIV-infektionens utbredning. Internationell statistik omfattar i första hand endast infektionens slutstadium, AIDS. Det anses emellertid att det finns miljontals smittade människor utanför Afrika. Hur många som är smittade i Afrika är i dag omöjligt att veta med hänsyn till de särskilda förhållanden som råder där. Allmänt antas dock att vissa delar av Afrika är de hårdast drabbade i världen; andelen smittade uppskattas där överstiga 10 procent av befolkningen.

I USA där smittan har fått sin största utbredning utanför Afrika hade 33 245 människor insjuknat i AIDS före den 6 april 1987. Antalet smittade beräknas uppgå till mellan 500 000 och 1,7 miljoner. Europa hade till och med månadsskiftet mars/april 4 814 rapporterade AIDS-fall och minst 50 000, kanske upp till 200 000 HIV-smittade. I Sverige hade totalt 110 smittade fått diagnosen AIDS före månadsskiftet april/maj 1987. Av dessa hade 57 avlidit. Antalet smittade uppskattas till 4 000-10 000. Av dessa hade 1 444 diagnostiserats före månadsskiftet april/maj.

6.3.4 Smittspridningen bland narkotikamissbrukarna

I USA har AIDS-epidemin framför allt fått spridning bland homo- och bisexuella män, som svarar för 73 procent av AIDS-fallen. Narkotikamissbrukarna utgör den näst största gruppen; 17 procent av dem som insjuknat i AIDS har intravenöst missbruk som främsta riskfaktor. Den senare siffran kan emellertid sägas ge en underskattad bild av narkotikamissbrukets roll. Närmare 10 procent av de AIDS-diagnostiserade

homo- eller bisexuella männen har nämligen ett intravenöst missbruk som en tillkommande riskfaktor.

Dessa procentandelar har varit relativt stabila under epidemins förlopp.

Epidemin har dock fått olika förlopp i olika delar av USA. AIDS-fallen bland narkotikamissbrukarna har hittills varit koncentrerade till området i och kring staden New York. Det är också framför allt i New York-området som HIV-smittan fått fäste bland narkotikamissbrukare även om det sker en spridning till andra städer med omfattande intravenöst missbruk. För att belysa detta kan nämnas att en undersökning i New York år 1985 bland injektionsmissbrukare i ett avgiftningsprogram visade att hela 87 procent var HIV-smittade. En motsvarande undersökning bland injektionsmissbrukare i Kalifornien visade att endast 1,7 procent var smittade. Samtliga kom från San Francisco, där samtidigt mindre än två procent av alla AIDS-fall utgjordes av narkotikamissbrukare. I New York utgjorde däremot narkotikamissbrukarna 30 procent av samtliga AIDS-fall (Almé m fl 1987).

Spridningen av AIDS i Europa skiljer sig från epidemin i USA bl a när det gäller narkotikamissbrukarna. Antalet AIDS-fall bland narkotikamissbrukarna här ökar proportionellt mycket snabbare än det totala antalet AIDS-fall. Mellan juni 1985 och juni 1986 ökade antalet AIDS-fall med 142 procent. Ökningen av antalet AIDS-fall bland narkotikamissbrukarna var under samma period 664 procent. Spridningen av HIV-smitta bland narkotikamissbrukarna har varit mest markant i Italien och Spanien, där mer än 50 procent av AIDS-fallen utgörs av narkotikamissbrukare.

AIDS-epidemin har också fått fäste bland narkotikamissbrukarna i Sverige även om ingen hittills har insjuknat i AIDS. Den främsta förklaringen till detta anses vara att smittan nådde narkotikamissbrukarna relativt sent. Analyser av sparade blodprov ger vid handen att smittan sannolikt ej funnits bland svenska narkotikamissbrukare före år 1982 (Helgesson 1986). Det kan emellertid inte uteslutas att en delförklaring till att det ännu inte finns några AIDS-fall bland narkotikamissbrukarna är att åtskilliga har dött av överdos eller andra sjukdomar innan de hunnit utveckla AIDS. Från Roslagstulls sjukhus i Stockholm rapporteras att minst ett 20-tal av de ca 250 HIV-smittade narkotikamissbrukarna som diagnostiserats där har avlidit; de flesta till följd av heroinöverdoser.

Resultaten av undersökningar bland narkotikamissbrukare på två avgiftningsenheter i Stockholmsområdet — vid Sabbatsbergs och Huddinge sjukhus — visar att HIV-infektionen bland narkotikamissbrukarna i Sverige, liksom i andra länder, primärt drabbar stora tätorter och att det sker en successiv spridning ut mot övriga delar av landet. Undersökningen från Sabbatsbergs sjukhus, som omfattade missbrukare i Stockholms innerstad, visade att 49 procent av heroinmissbrukarna och 33 procent av blandmissbrukarna (amfetamin och heroin) var HIV-smittade (Helgesson 1986). Infektionsfrekvensen vid dominerande heroinmissbruk bland missbrukarna på Huddinge sjukhus, som omfattade missbrukare bosatta i kranskommunerna i södra länsdelen, var något lägre; 29 procent (Almé m fl 1987). Utifrån dessa data och andra uppgifter kan

man uppskatta att 30—40 procent av Stockholmsområdets heroinmissbrukare är HIV-smittade, dvs omkring 500 personer.

HIV-smittan har således fått en snabb spridning främst bland heroinmissbrukarna i Storstockholmsområdet. Den dominerande smittvägen anses ha varit gemensam användning av sprutor och kanyler, något som ingår i heroinmissbrukarnas kulturella mönster. Detta i kombination med att smittan sprids snabbt i den geografiskt avgränsade subgrupp som heroinmissbrukarna utgör anses vara en trolig förklaring till att de hittills varit mest utsatta. Smittan har emellertid i viss utsträckning även nått dem som har centralstimulantia som dominerande missbrukspreparat.

HIV-smittan har också drabbat narkotikamissbrukarna i Malmö-Lund-regionen och i Göteborgs-området även om det hittills endast rör sig om ett begränsat antal fall.

Totalt hade 378 HIV-smittade narkotikamissbrukare identifierats i Sverige i månadsskiftet mars/april 1987. Dessa utgör närmare 30 procent av det totala antalet kända smittbärare. Det är svårt att dra några säkra slutsatser om det totala antalet smittbärare bland narkotikamissbrukarna. Hittills har ca 12 000 HIV-tester tagits på personer som har uppgett intravenöst missbruk som orsak till provtagning. Det är emellertid svårt att veta hur många personer som har testat sig eftersom det är vanligt att en och samma person har testat sig vid flera tillfällen. Det förefaller mot den bakgrunden troligt att antalet testade narkotikamissbrukare är betydligt färre. Enligt vissa bedömningar är det rimligt att anta att det verkliga antalet testade missbrukare uppgår till mellan 4 000 och 6 000.

Vissa tecken skulle kunna tyda på att smittspridningen bromsats upp under senare tid. Det är emellertid mycket tveksamt om man kan dra sådana slutsatser. Snarare förefaller det vara realistiskt att räkna med att de hittills identifierade smittbärarna endast utgör "toppen på isberget" och att epidemitillväxten hittills kan ha underskattats. För detta talar bl a att ca 85 procent av samtliga kallade till provtagning i den tidigare refererade undersökningen från Huddinge sjukhus uteblev från provtagning trots upprepade kallelser och intensifierat motivationsarbete. Almé m fl konstaterar att de efter ett års arbete med problemet HIV-infektion bland missbrukare noterat att "smittspårning medelst riktade insatser för provtagning ej givit förväntat resultat. Sannolikt har endast en liten del av alla okända missbrukare kunnat identifieras, samtidigt som en stor andel av alla kallade uteblivit från provtagning".

Uppgifterna om i vilken mån narkotikamissbrukarna har ändrat missbruksmönster eller sin livsföring i övrigt — t ex förbättrat handhavandet av sprutor och minskat den gemensamma användningen av dessa — är motstridiga. Några behandlingsenheter för narkotikamissbrukare har lämnat uppgifter som skulle kunna tyda på detta. Preliminära data från ett pågående socialmedicinskt projekt på häktet i Stockholm ger en motsatt bild. En rimlig förklaring till dessa motsägelsefulla bilder kan vara att iakttagelserna rör olika grupper av missbrukare. Som vi återkommer till i avsnitt 7.3.4 visar olika data att en stor andel av de tunga narkotikamissbrukarna saknar varje kontakt med vårdorganen. Att det förhåller sig så bekräftas av det nämnda häktesprojektet. Majoriteten av de missbrukare som projektmedarbetarna kommit i kontakt med saknar kontak-

ter med vårdorganen. Det finns därför skäl att varna för alltför optimistiska tolkningar om gruppen som helhet utifrån ett så starkt selekterat urval som klienterna på behandlingsenheterna utgör. Den tolkning som enligt vår mening förefaller mest realistisk är att majoriteten av de tunga narkotikamissbrukarna inte lever under sådana omständigheter att de på något avgörande sätt förmår ändra vare sig missbruksmönster eller levnadsvanor så länge som missbruket pågår.

Den fortsatta smittspridningen bland narkotikamissbrukarna

Tillgängliga testresultat visar, som framgått ovan, att HIV-smittan fått fäste bland heroinmissbrukare i Stockholms län. Internationella erfarenheter talar för att man kan förvänta sig en mycket snabb ökning bland de uppskattningsvis ca 1 000—1 500 heroinmissbrukarna i Stockholmsområdet — om inte epidemin möts med kraftfulla motåtgärder. Även i Malmöområdet, som har uppskattningsvis 300 heroinmissbrukare, kan man förvänta sig en snabb smittspridning. Det finns särskilt skäl att befara att narkotikamissbrukarna i södra Sverige kommer att smittas via kontakter med missbrukare från Stockholmsområdet. Närheten till Danmark, som är ett av Europas mest AIDS-drabbade länder, inger också farhågor för den fortsatta utvecklingen. Missbrukare från Malmö med omnejd åker ofta till Köpenhamn — både för narkotikainköp och tillfällighetsprostitution.

Det är svårare att bedöma den fortsatta smittspridningen bland missbrukarna av centralstimulantia. I Sverige — till skillnad från de flesta andra länder — domineras det intravenösa missbruket av centralstimulantiamissbruk. Detta faktum begränsar i viss mån de slutsatser vi kan dra av internationella erfarenheter. Centralstimulantiamissbrukarnas missbruksmönster skiljer sig från heroinmissbrukarnas i en del avseenden. De injicerar sig vid färre tillfällen per dag och gör dessutom då och då kortare uppehåll i missbruket. De håller sig oftare med egna injektionssprutor och löper därför inte lika stor risk att smittas via orena sprutor. Samtidigt kan drogen i sig leda till förhöjd sexuell aktivitet under missbruksperioderna. Missbrukarna utsätter sig därför för en ökad risk för sexuellt överförd smitta.

Till bilden hör också att blandmissbruket av centralstimulantia och heroin är relativt omfattande. Det är således inga vattentäta skott mellan de båda missbrukargrupperna. Mot den bakgrunden finns det inte skäl till någon större optimism inför den fortsatta utvecklingen ens vad beträffar centralstimulantiamissbrukarna.

De intravenösa missbrukarna är en från smittskyddssynpunkt strategisk grupp inte bara därför att de löper stor risk att smittas av HIV och drabbas av AIDS inom en nära framtid. Härtill kommer den av allt att döma betydande risken för en spridning av smittan från missbrukargruppen till andra befolkningsgrupper. Det finns skäl att särskilt peka på två sådana smittvägar, nämligen dels sexuell smittoöverföring från intravenösa missbrukare till män och kvinnor som inte själva är injektionsmissbrukare, dels överföring från smittade mödrar till deras barn (antingen från mödrar som är intravenösa missbrukare eller från icke-missbrukande mödrar som smittats av manliga missbrukare).

6.4 Missbrukskarriären

Utvecklandet av ett tungt narkotikamissbruk brukar ofta beskrivas som en process — en karriär — med ett antal klart urskiljbara steg eller faser. Begreppet missbrukskarriär används vanligen för att beteckna det utvecklingsförlopp som en missbrukare genomgår från det att han börjar använda narkotika tills han upphör med missbruket. Ibland låter man begreppet omfatta även perioden före missbruket. Olika studier av tunga narkotikamissbrukare visar att deras karriär ofta har ett likartat förlopp. Narkotikakarriären inleds oftast i tonåren med ett experimenterande med droger för att redan inom något eller några år efter narkotikadebuten övergå i ett regelbundet missbruk och så småningom till vad som brukar beskrivas som en identitet som narkoman.

Begreppet missbrukskarriär ("Life Cycle of Addiction") introducerades ursprungligen av några amerikanska forskare (Alksne m fl 1967, Brill m fl 1972, Smith 1972, Winick 1962 och 1974). Enligt dessa kan narkomani ses som ett förlopp som omfattar flera faser. De ansåg sig ha funnit att vägen in i missbruket går via tre stadier; experimentstadiet, adaptionsstadiet och det kompulsiva stadiet. Modellen introducerades i Sverige under senare delen av 1970-talet av Gunne och Frykholm (Gunne och Frykholm 1977, Frykholm 1978). De kompletterade den med studier och beskrivningar av vägen ur missbrukskarriären.

Missbrukskarriären illustreras schematiskt i tabell 6:1.

Tabell 6:1 Karriärförloppet vid narkomani

	Attityd	Beteende	Avgiftningsmotiv
Fas I	Narkomanidentiteten lockar	a. Experimentstadiet b. Adaptationsstadiet	Flykt
Fas II	Narkomanidentiteten accepteras	c. Kompulsiva stadiet	Praktiska
Vändpunkt			
Fas III	Narkomanidentiteten ifrågasätts	d. Ambivalenta stadiet e. Behandlingsstadiet (Drogfri med stöd)	Terapeutiska
Fas IV	Narkomanidentiteten överges	f. Frigörelsestadiet (Drogfri utan stöd)	

Vägen in i och ut ur narkotikamissbruk kan beskrivas på följande sätt.

Från startpunkten går nybörjaren in i *experimentstadiet.* Den förhärskande attityden är då att narkomanidentiteten lockar. Stadiet kännetecknas av nybörjarens tafatthet i handhavandet av missbruksmedlen. Nybörjaren experimenterar ofta på ett riskabelt sätt med de okända pre-

paraten. Detta kan leda till medvetslöshet, andningsdepression och död. Ett vanligt skäl till att missbrukaren lämnar missbruket i detta stadium är panikkänslor förorsakade av att han/hon känner sig ur stånd att klara missbruksmedlen, att beroendeutvecklingen går för fort och att allt till synes håller på att växa honom/henne över huvudet.

I *adaptionsstadiet* skaffar sig missbrukaren ytterligare tolerans för avvikande beteende; lär sig hantera drogen, känna igen och uppskatta dess effekter och få de kontakter som är nödvändiga för att säkra tillförseln av narkotika. Ofta har han/hon prövat olika typer av narkotika och stannat för ett missbruksmedel. Missbrukaren har också utvecklat en ökande narkotikatolerans, varför riskerna minskar då han/hon tar höga doser av narkotika. Under detta stadium börjar missbrukaren att acceptera en identitet som narkoman men har fortfarande kontroll över sitt missbruk. Effekterna av drogerna är övervägande behagliga. Adaptionsstadiet kan omfatta flera år, särskilt om pauserna mellan missbruksperioderna blir många och långa. Ofta har missbrukaren inga vårdbehov och kommer under detta stadium sällan i kontakt med "vårdapparaten" och har heller inga behov av att frigöra sig från narkotikan. Det förekommer emellertid att missbrukaren lämnar karriären i denna fas, inte sällan sedan han eller hon drabbats av en svår hepatit eller en annan infektion.

Förr eller senare leder missbruket in i ett tvångsartat begär efter missbruksmedlen; *det kompulsiva stadiet.* Nu sysselsätter sig missbrukaren både i tanke och handling med missbruksmedlen under all sin vakna tid. Han/hon har inte längre kontroll över missbruket. För de flesta gäller att de har svårigheter att klara sin narkotikaförsörjning och lever ett osäkert liv då de tillämpar något av narkotikamissbrukarnas försörjningssätt; stjäla, prostituera sig eller försälja narkotika. Missbrukaren blir ofta föremål för polisens, domstolarnas eller kriminalvårdens intresse.

Under det kompulsiva stadiet har missbrukaren accepterat sin narkomanidentitet, han/hon är narkoman och betraktar avbrott i sitt levnadssätt genom sjukhus- eller fängelsevistelser som irriterande komplikationer. I de fall då missbrukaren under det kompulsiva stadiet själv söker sig till vård, är motiven oftast praktiska; att vila upp sig efter en hepatit eller någon annan sjukdom; att få en nedtrappning vid plötslig brist på missbruksmedel på den svarta narkotikamarknaden; eller att få ett bättre utgångsläge inför en kommande rättegång. Sjukhusvistelserna är således inte motiverade av en önskan att upphöra med missbruket.

Så småningom brukar den punkt i narkotikamissbrukarnas karriär inträffa när han börjar ifrågasätta sitt levnadssätt — *vändpunkten* — och beslutar sig för att försöka upphöra med missbruket.

Gunne och Frykholm delar in vägen ut ur missbruket i tre faser; det ambivalenta stadiet, behandlingsstadiet och frigörelsestadiet.

Det *ambivalenta* stadiet kännetecknas av en hos missbrukaren då och då uppblossande önskan att bryta med missbruket. Dessa omständigheter kan, särskilt i perioder då de yttre omständigheterna känns pressande, leda till avgiftningsförsök på sjukhus. Dessa avgiftningsförsök slutar emellertid oftast med återfall.

I det s k *behandlingsstadiet* gör missbrukaren mera allvarligt menade försök att uppnå drogfrihet. Avgiftningsförsöken ändrar karaktär och

företas med större målmedvetenhet och uthållighet. Åtskilliga missbrukare deltar under detta stadium i månader till år i något långsiktigt behandlingsprogram. Många kan dra nytta av behandlingen och det stöd de kan påräkna från andra missbrukare i samma situation. Det finns dock fortfarande stora risker för återfall.

Under missbrukskarriärens sista stadium, *frigörelsestadiet*, minskar gradvis behovet av stöd och individen kan under allt längre tidsrymder reda sig på egen hand. Någon gång kan det även under detta stadium inträffa att den före detta missbrukaren återfaller under kortare perioder. Om han/hon emellertid skaffat sig en social förankring på vägen ut, är dessa återfall i allmänhet korta. Emellertid händer det att före detta narkotikamissbrukare under detta stadium övergår till missbruk av mer socialt accepterade missbruksmedel, oftast alkohol. Vägen ut ur missbruket är avslutad då den före detta missbrukaren helt lämnat sin narkomanidentitet och är mer inriktad på framtiden än på det som varit.

Studier av missbrukskarriären har kommit att uppmärksammas allt mer under senare år både inom narkomanvården och i narkomanvårdsforskningen. Ett uttryck för det senare är den litteraturstudie i ämnet som Änggård och Mossberg (1978) gjorde på uppdrag av Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning. Studien bygger på en genomgång av internationell forskning inom området. Författarna konstaterar att huvuddelen av undersökningarna gäller beskrivningar av behandlade missbrukare och att undersökningar av utvecklingsprocessen in i och ut ur missbruk är sällsynta. Slutsatsen av genomgången blir ändå att synen på narkotikamissbruk som en karriär eller en process är fruktbar. De konstaterar att det ännu i betydande utsträckning saknas empiriska data om karriärens förlopp men att det förefaller råda en viss enighet om att de viktigaste stegen i missbrukskarriären överensstämmer med den modell som beskrivits ovan.

Vidare bör nämnas att Frykholm (1978) i en avhandling redovisat resultat som kan tolkas som empiriskt stöd för att den utvecklingsprocess som ovan beskrivits faktiskt sker. Han har också angett vissa tidsramar för de olika faserna i missbrukskarriären. Efter två års missbruk går en skiljelinje. Före denna tidpunkt, dvs i experiment- och adaptionsstadiet, kan missbrukaren utan stora svårigheter lämna missbruket, men senare bereder det honom stor möda. Bl a är det nästan alltid nödvändigt för den senare kategorin att helt bryta upp från sin gamla miljö och bekantskapskrets och byta bosättningsort. Vid två år går gränsen mellan adaptionsstadiet och det kompulsiva stadiet. I regel tillbringar missbrukaren cirka fyra år i de kompulsiva och ambivalenta stadierna. Vägen ut ur karriären räknat från tidpunkten från det första beslutet att försöka upphöra med missbruket (vändpunkten) tar mellan ett och sju år.

Frykholm konstaterar att klienterna med lång missbrukskarriär beskriver vägen ut ur missbruket som en lång och mödosam process, där det gällt att övervinna både inre osäkerhet och yttre svårigheter. De har få — om ens några — kvarvarande sociala kontakter vid den tidpunkt då de börjar ta sig ur missbruket och har under rehabiliteringens gång fått söka nya stödpunkter. Härvid har olika former av öppenvårdskontakter spelat en viktig roll.

För majoriteten av dem som tagit sig ur missbruket var det främsta motivet att de tröttnat på att leva som narkotikamissbrukare:

"Innebörden av detta har skiftat men av uppgifterna att döma har det rört sig om en övermäktig känsla av fysisk och psykisk utmattning där ålder, minskade färdigheter och allt tätare misslyckanden på brottets bana, där även smärre förbrytelser medfört alltmera kännbara straff, har spelat in. Minskad eller utebliven euforieffekt vid injektion av centralstimulerande medel har också haft betydelse för denna missbrukargrupps beslut att lämna drogkarriären" (sid 19).

Frykholm konstaterar vidare att avhandlingens resultat

"tyder på att det finns skäl att fånga upp missbrukarna så tidigt som möjligt i karriären och erbjuda dem vård, eventuellt med stöd av barnavårdslagen, vilket kanske kunnat förhindra att unga missbrukare fått friheten att gå ned sig i ett kompulsivt missbruk" (sid 21).

Den utvärdering som gjorts av det s k Hasselakollektivet (Andrén 1979), som visade att tvångsvård av unga missbrukare kan ge anmärkningsvärt goda resultat, kan tolkas som stöd för Frykholms uppfattning.

Frykholms avhandling blev uppmärksammad och kritiserad främst för att han drog slutsatsen att man bör reservera det rehabiliterande arbetet till perioderna tidigt och sent i karriären. "Många terapeutiska ansträngningar, som nu görs i skeden då missbrukaren inte är mottaglig för dem, skulle måhända kunna sparas till en mer gynnsam tidpunkt till glädje för båda parter" (sid 21).

Ramström (1983) påpekar bl a att studier av missbrukskarriären utan tvekan är ett av de mest fruktbara forskningsgreppen som kan öka våra kunskaper om vägen in i missbruket och framför allt om vägen ut ur missbruket. Men han understryker också att det är ett svårt och ömtåligt forskningsfält. Missbrukskarriärerna är i hög grad beroende av förändringar av missbruksmönster i samhället, lagstiftning, behandlingsåtgärder, attityder osv. Man kan inte utgå från att de mönster för att lämna missbrukskarriären som Frykholm funnit i sin undersökning skulle vara generella.

Narkomanvården går enligt Ramström mot en allt högre grad av differentiering, dvs man börjar lära sig att olika typer av missbrukare — vad gäller kön, ålder, missbruksmedel och grundläggande personlighetsproblematik — behöver olika typer av behandling. Man har alltså lärt sig att om man anpassar behandlingen efter skillnaderna mellan olika grupper av missbrukare får man bättre resultat. Detta kan, menar Ramström, givetvis gälla även skillnader som sammanhänger med var i missbrukskarriären någon befinner sig.

Man kan därför inte utgå från att missbrukarna nödvändigvis måste vara oåtkomliga för terapeutiska ansträngningar under vissa skeden av karriären. Man kan inte utesluta att missbrukarna skulle bli mer mottagliga för behandling i dessa perioder om behandlingen gavs en annan utformning eller uppläggning.

I diskussionen om Frykholms avhandling framförde Jenner liknande synpunkter (1981). Jenners poäng är att det inte kan uteslutas att den

vårdorganisation där missbrukarna har vistats kan ha påverkat förloppet. Han hänvisar bl a till en utvärdering av behandlingen vid den miljöterapeutiska avdelningen Lien på Dikemarks sjukhus i Norge (Vaglum 1979), där man bl a fann att eventuell missbruksfrihet vid uppföljningen inte berodde på hur länge missbruket hade pågått innan behandlingen inleddes utan på vilken typ av behandling som missbrukarna erhöll.

De båda kritikerna har således en gemensam utgångspunkt. Man kan inte utesluta att det går att nå betydligt större framgång med missbrukare i svårbehandlade skeden av den s k missbrukskarriären om behandlingsuppläggningen förändras.

6.5 Aktuella undersökningar

6.5.1 "Sjuttiotalets narkomaner"

I en nyligen utkommen bok — "Sjuttiotalets narkomaner" — redovisas den mest omfattande studie av narkotikamissbrukare som hittills genomförts i Sverige (Andersson m fl 1986). Studien omfattar samtliga patienter som vårdats vid avdelning 1 F på S:t Lars sjukhus i Lund under tiden 1970—1978. Patienterna har följts fram till och med år 1984.

Avdelning 1 F är en enhet för avgiftning och korttidsvård av narkotikamissbrukare och var under hela observationsperioden den enda specialiserade sjukvårdsavdelningen för denna patientkategori i södra Skåne. Avdelningen hade "låga trösklar"; praktiskt taget alla narkotikamissbrukare som sökte sig dit togs emot. Nästan all intagning var frivillig.

Den undersökta gruppen omfattar totalt 562 personer. Sju av tio var män. Flertalet — 524 personer — vårdades under diagnosen narkomani. Drygt en tredjedel av dessa var opiatmissbrukare, lika många amfetaminmissbrukare och resten var blandmissbrukare.

Författarna fann att man kunde urskilja tre tidsperioder eller "generationer" av narkotikamissbrukare. Beskrivningarna av de olika generationerna är av intresse inte minst därför att de speglar de förändringar av missbruksmönstret som har ägt rum under undersökningsperioden.

Den första generationen, vårdad åren 1970—1973, omfattade haschrökande hippies, amfetaminmissbrukare, morfinbasmissbrukare och en mindre grupp alkohol- och läkemedelsmissbrukare.

Patientgruppen, som successivt blev tyngre under denna tidsperiod, dominerades under avdelningens första verksamhetsår av haschrökare. S k hippies var den tongivande gruppen; de svarade för nästan hälften av alla nyintagningar under det första året. Redan under det andra året förändrades bilden. Då kom de första morfinbasmissbrukarna och inom kort kom avdelningen att få den prägel av akutmottagning för "tunga" missbrukare som den alltjämt har.

Den andra generationen vårdades åren 1974—1976. Under denna period introducerades heroinet på missbruksmarknaden. Trots att ett annat morfinpreparat — morfinbas — redan fanns på marknaden innebar heroinets introduktion, enligt författarna, att något av en katastrofstämning spreds bland vårdpersonal och missbrukare. Spridningen av mor-

finbas hade successivt ökat fram till år 1974, då det preparatet plötsligt försvann. I perioder av s k morfintorka brukar morfinister söka akutvård, vilket också skedde. Men morfintorkan föreföll enligt författarna den här gången vara arrangerad; i dess spår följde introduktionen av heroin. De etablerade morfinbasmissbrukarna gick över till heroin. Samtidigt initierades oerfarna missbrukare i heroinmissbruk. Heroinet medförde ett hårdnande klimat. Prostitution och kriminalitet blev vanligare än tidigare.

Den andra generationen dominerades av opiatmissbrukare och centralstimulantiamissbrukare.

Den tredje generationen vårdades åren 1977—1978. Ungefär lika många heroin- och amfetaminmissbrukare nyintogs på avdelningen under tidsperioden. Missbrukarnas somatiska och psykiatriska tillstånd var påfallande dåligt då de skrevs in för vård. Den sociala utslagningen bland missbrukarna var större än tidigare. Priset på narkotika trissades upp och kriminalitet och prostitution ökade i omfattning. Tidigare gruppsolidaritet och hederskodex missbrukare emellan luckrades upp. Våld registrerades allt oftare i umgänget missbrukare emellan. Blandmissbruk blev vanligare. Missbrukare med personlighetsavvikelser eller psykiska problem blev också vanligare.

Patientbilden dominerades av heroinister, eftersom dessa ständigt återinlades för nya avgiftningar, varvid de krävde stora vårdinsatser.

Sammanfattning av undersökningsresultatet

Undersökningen tyder på att narkotikamissbrukarnas villkor successivt hårdnade under 1970-talet. Den sociala utslagningen blev allt tydligare vilket bland annat kan avläsas i ökad sjuklighet, kriminalitet och prostitution. Den ökade sociala utslagningen kan bland annat förklaras av förändringar på arbetsmarknaden under tidsperioden men också av förändringar på den illegala narkotikamarknaden med bl a höjda priser på narkotika.

För många av dessa missbrukare började det sociala sönderfallet tidigt. De växte upp i trassliga omständigheter. Ungefär fyra av tio kom från splittrade familjer. Missbruk av alkohol eller lugnande medel fanns med i en tredjedel av familjerna och psykisk sjukdom i en femtedel.

Patienterna hade dålig skolunderbyggnad. Knappt två av tio hade stadigvarande arbete. Många inledde sin missbrukskarriär så tidigt och i en sådan omfattning att de aldrig hade kommit in i arbetslivet. Många var straffade — drygt hälften hade dömts till skyddstillsyn och fyra av tio hade suttit i fängelse när de lades in för vård första gången. Det är anmärkningsvärt många med tanke på att narkotikamissbrukare med den tyngsta kriminaliteten inte sökte sig till avdelningen.

Undersökningen visar att andelen nyintagna patienter som dömts till skyddstillsyn och fängelse ökar under 1970-talet. De missbrukare som kommer in i vården första gången efter år 1974 är mer kriminellt belastade än den tidigare generationen. De har också en lägre debutålder i missbruk och högre ålder vid första kontakt, vilket innebär att de missbrukat längre tid innan de kommer in för vård.

Undersökningen visar också att det är stora skillnader mellan män och kvinnor bl a i fråga om kriminalitet. Mönstret är att männen har dömts till fängelse och att kvinnorna har varit föremål för vård i någon form såväl före som efter den första intagningen på avdelningen. Praktiskt taget ingen har inkomst av arbete och endast ett fåtal har levt på sjukpenning och/eller socialbidrag. Männen försörjer sig genom kriminalitet och kvinnorna genom prostitution.

Narkotikamissbrukarna var sällan motiverade för att på allvar försöka bryta missbruket när de sökte vård första gången. Detta gällde särskilt opiatmissbrukarna, som ställde vårdpersonalen inför svåra prov, men mönstret var likartat även i de andra grupperna. För få — om ens någon — ledde det första vårdtillfället till en fortsatt långsiktig behandling eller till att de lämnade missbruket. Avgiftningen blev ett tillfälligt avbrott i missbruket.

Men författarna framhåller att det sker en gradvis utveckling i fråga om missbrukarnas motiv för att söka vård när de blir äldre. Utvecklingen beskrivs på följande sätt:

"Samma missbrukare som tidigare upplevdes som ytlig, flyktig och rastlös och som bara vandrade ut och in på avdelningen kan några år senare närma sig vården med stort allvar och då vara villig att ge sig i kast med det mödosamma arbetet att vända tillbaka till samhället.

Förhållandena inom narkomanens egen familj kan ibland tvinga honom att söka hjälp. Anhöriga kan t ex ha talat om för honom/henne att gränsen är nådd för deras tolerans och överseende med det destruktiva beteendet under narkotikaruset. Kvinnliga missbrukare söker sig kanske till vården i samband med att de vill fullfölja en graviditet eller därför att de förstått att de måste ändra livsstil för att få behålla sitt barn. Påtryckningar från engagerade övervakare, släktingar eller från andra kontaktpersoner spelar också in" (sid 163).

Samtidigt kan konstateras att uppföljningen 1984 ger en dyster bild av missbrukarnas situation.

Av de totalt 562 personer som beskrivs i undersökningen har sammanlagt 71 avlidit, vilket utgör 12,6 procent av hela populationen. Medelåldern när det gäller dödsfall var 28 år för männen och 26 år för kvinnorna. 62 av de avlidna var narkotikamissbrukare. Samtliga hade dött en drogrelaterad och våldsam död. De övriga nio avlidna återfinns i grupperna äldre alkoholister och läkemedelsmissbrukare.

En ungefär lika stor grupp — ca 70 personer — lever numera drogfritt och helt anpassade i samhället. Den missbrukargrupp som klarat sig bäst var haschmissbrukarna som kom in i vården under 1970-talets första år. De var också mindre belastade i olika avseenden än de övriga missbrukargrupperna.

En viss ljuspunkt finns emellertid enligt författarna i det faktum att i flera av de undersökta grupperna har andelen personer som visar tecken på att lämna missbruket ökat under undersökningsperioden; de döms mer sällan till kriminalvårdspåföljd och då för lindrigare brott. En del av dessa ändrar sina missbruksvanor, från ett så gott som dagligt injektionsmissbruk till mer sporadiskt missbruk framför allt av hasch och alkohol. Flertalet återfinns bland de personer som kom in i vård i början av undersökningsperioden. Förändringarna i missbruksvanor och kriminalitet

kan innebära att dessa personer håller på att lämna missbruket bakom sig. Men vägen mot missbruksfrihet är lång och till bilden hör många vårdtillfällen, återfall i missbruk och fortsatt kriminalitet.

Kriminaliteten har kontrollerats genom rikspolisstyrelsens register fram till och med år 1984. Mönstret i flera av de undersökta missbrukargrupperna är att kriminaliteten stegrades under åren efter det första vårdtillfället på avdelningen. Uppföljningen visade emellertid att kriminaliteten i gruppen som helhet minskade under 1980-talet, vilket enligt författarna kan vara ett tecken på att en del personer är på väg att lämna missbruket.

Karriärförlopp i undersökningen

Författarna konstaterar att följande "karriärsteg" förefaller vara genomgående i den undersökta gruppen:

1. Från en initial experiment- och tillvänjningsperiod accelererar missbruket och vederbörande avlägsnar sig från personer och situationer som har en återhållande effekt på drogbruket. Detta sker vanligtvis vid 19—20 års ålder.

2. Vid 22—23 års ålder har missbruket utvecklats till ett så gott som dagligt injektionsmissbruk. I den här perioden söker missbrukarna oftast vård för första gången.

3. De följande åren kännetecknas av en asocial tillvaro med kompulsivt missbruk och åtföljande kriminalitet och/eller prostitution. Många har under den här perioden behov av vård på grund av missbruket och sin livsföring i övrigt. Efter hand som missbrukaren blir mer trött och utsliten blir blandmissbruket också mera påtagligt. Både missbrukarna själva och omgivningen upplever att missbruket nöter ut dem. Vissa kommer inte in i vård förrän de i många år har varit kompulsiva missbrukare. Många har då fått fysiska och psykiska komplikationer till sitt missbruk och söker sig till vård på grund av detta.

4. Vid 27—28 års ålder förefaller risken för förtidig död vara särskilt stor, något som konstaterats även i andra skandinaviska undersökningar (Danell 1980, Haastrup m fl 1984).

5. Ansträngningarna att bryta missbruket tycks också vara störst i 27—28 årsåldern. Detta medför att missbrukaren svänger mellan abstinensperioder och återfall, med därmed ökande risk för överdosering. Efter många år i missbruk är samtidigt kroppens motståndskraft nedsatt. De flesta suicidfallen i gruppen kom under sjätte året efter första vårdtillfället.

6. En del missbrukare klarar trots allt av att lämna missbruket, men först efter många vårdtillfällen med åtföljande återfall.

7. Författarna har kunnat iaktta att vissa narkotikamissbrukare på kort tid, och till synes utan ansträngning, lämnar missbruket och glider över i en ny social roll. En hel del av dessa återfaller dock senare i missbruk.

6.5.2 Opiatmissbrukare i Malmö på 1970-talet

I en annan rapport — "Morfinister och rehabiliterade" — redovisas en studie av opiatmissbrukare i Malmö (Rune m fl 1983). Studien omfattar 222 individer som under en tioårsperiod (1971-07-31—1981-07-31) haft mer än en tillfällig kontakt med Malmö socialförvaltnings frivilliga narkomanvård och som under minst ett år haft ett dagligt opiatintag. Den undersökta gruppen sammanfaller sannolikt delvis med opiatmissbrukarna i den ovan refererade S:t Lars-studien eftersom missbrukarna från Malmö ofta remitterades till narkomanvårdsavdelningen på S:t Lars sjukhus för avgiftning och korttidsvård. Malmöstudien omfattar emellertid klienter i öppenvård till skillnad från S:t Lars-studien som rör sjukhusvårdade klienter. Den undersökta gruppen i Malmö-studien är dessutom mer homogen eftersom den endast omfattar etablerade opiatmissbrukare. Det rör sig således om en extremt tung grupp.

Undersökningsgruppen delades in i en "tidig generation" och en "ny generation". Den tidiga generationen bestod av 164 individer som debuterat med dagligt opiatmissbruk före augusti 1975. Den "nya" generationen hade debuterat efter denna tidpunkt.

Några resultat

Uppföljningen avser förhållandena den 31 juli 1981.

13 procent av de 164 opiatmissbrukarna i *den tidiga generationen* var döda (5—15 år efter opiatdebuten). En lika stor andel var rehabiliterade; här definierat som frihet från alkohol- och narkotikamissbruk, känd kriminalitet, prostitution och annan kontakt med "undre världen" sedan mer än ett år utanför institution. Ytterligare 5 procent hade hållit sig drogfria utanför institution men uppfyllde inte kriterierna för rehabilitering. Av de övriga hade 25 procent fortsatt sitt opiatmissbruk. 21 procent hade övergått till annat missbruk, 7 procent fick metadon legalt och 12 procent var föremål för institutionsvård (varav var fjärde tvångsvis).

Ingen av de 58 opiatmissbrukarna i *den nya generationen* uppfyllde kravet på rehabilitering. Hälften missbrukade opiater och 5 procent hade övergått till annat missbruk. 30 procent vårdades på institution och 12 procent höll sig opiatfria utanför institution vid observationstillfället men uppfyllde inte kravet på rehabilitering.

Undersökningen visar att gruppen som helhet var mycket kriminellt belastad. Ytterst få hade undgått kriminalvårdspåföljd. Detta illustreras i tabell 6:2, som visar den procentuella fördelningen av kriminalvårdspåföljder i de båda generationerna.

Det finns även i den här studien tecken på utläkning bland de missbrukare som inte definierats som rehabiliterade. Författarna påpekar att ytterligare ett 30-tal personer skulle kunna räknas som rehabiliterade trots att de röker hasch eller får metadon legalt. Många av dem arbetar eller studerar och nästan ingen har känd kriminalitet eller är prostituerad. De har emellertid inte normaliserat sina relationer med familj och släkt och umgås huvudsakligen med missbrukare och kriminella.

Tabell 6:2 Procentuell fördelning av kriminalvårdspåföljder i den tidiga respektive nya generationen opiatmissbrukare

	Antal	Fängelse	Annan påföljd	Dömd till psykiatrisk vård	Ingen kriminal-vård
		%	%	%	%
Tidiga opiat-missbrukare	164	68	21	3	8
varav kvinnor	44	50	30	4	16
och män	120	75	16	3	5
Nya opiat-missbrukare	58	65	28	2	5
varav kvinnor	19	37	47	5	11
och män	39	79	18	0	3

6.5.3 BAK-projektet

Det s k BAK-projektet (behandlingsforskning avseende klienter inom narkomanvården) är ett pågående forskningsprojekt inom narkomanvårdsområdet. I projektet studeras 31 behandlingsenheter med totalt 565 platser; fyra narkomanvårdsenheter inom sjukvården, 9 ungdomsenheter (behandlingskollektiv för unga missbrukare), 17 vuxenenheter (behandlingshem för vuxna missbrukare) och ett särskilt behandlingsprojekt inom kriminalvården.

BAK-projektet har nyligen redovisat en rapport som ger en bild av klienternas bakgrundsdata när de sökte sig till vården (Olsson 1986). Studien beskriver — till skillnad från de två tidigare refererade — narkotikamissbrukare som vårdades på 1980-talet. Den undersökta gruppen (totalt 1 656 personer) var inskriven i behandling under åren 1982 och 1983. En majoritet av dem hade dock även tidigare vårdats på olika enheter för missbrukare. En annan skillnad är att undersökningsgruppen omfattar klienter från hela landet men domineras av klienter som är mantalsskrivna i Stockholm.

Sammanfattning av undersökningen

Huvuddelen av intagningarna har i formell mening varit frivilliga. Det är dock stora skillnader mellan vuxenvårdens och ungdomsvårdens klienter. Av de senare var 84 procent tvångsomhändertagna med stöd av LVU. Majoriteten av vuxenvårdens klienter skrevs in frivilligt (72 procent). De övriga (28 procent) hade någon form av formellt tvång i bakgrunden — oftast 34 § KvaL. Till bilden hör emellertid att hela 41 procent av dem som formellt sett skrevs in frivilligt uppgav att ett myndighetsingripande skulle ha blivit aktuellt om de inte hade sökt vård frivilligt.

Medelåldern för klienterna i vuxenvården var 28,4 år för männen och 26,1 år för kvinnorna. Medelåldern för ungdomsvårdens klienter var 18 år.

De behandlingsenheter som ingår i BAK-studien har behandlingsprogram som omfattar vårdtider på mellan ett och två år — med undantag av sjukvårdsenheterna som av naturliga skäl har korta vårdtider, oftast ca en vecka.

Knappt en tredjedel av vuxenvårdens klienter och drygt hälften av klienterna inom ungdomsvården fullföljde hela behandlingstiden. Det bör emellertid framhållas att det är betydande skillnader mellan de olika behandlingshemmen. På vissa hem är det endast ett fåtal klienter som avbryter behandlingen i tidiga skeden. På andra är det få som stannar kvar i behandlingen under en längre tid. Som exempel kan nämnas att uppgifterna om vuxenvården visar att 85 procent av klienterna vid ett av behandlingshemmen hade längre vårdtid än ett år medan motsvarande andel på ett annat hem var 5 procent. Det är svårare att säga hur stor andel av kriminalvårdens klienter som fullföljde hela behandlingstiden. Många av dem överfördes vid olika tidpunkter till den egna eftervården (kriminalvårdsanstalten Bogesund) eller fortsatte behandlingen enligt 34 § KvaL på någon annan behandlingsenhet. 70 procent av klienterna hade dock skrivits ut planenligt.

Trots att mer än hälften av klienterna har skrivits ut före den planerade behandlingstidens utgång, är de faktiska behandlingstiderna långa. Medianvärdena, dvs den tidpunkt då hälften av klienterna skrivits ut, ligger på ungefär 180 dagar för vuxenvården, 300 dagar för kriminalvården och 420 dagar för ungdomsvården. Skillnaderna förklaras till stor del av att kriminalvårdens, liksom många av ungdomsvårdens klienter, vårdas under tvångsmässiga former.

Utskrivningarna är relativt jämnt fördelade över tid. Ett undantag utgörs av klienterna inom vuxenvården, där omkring 32 procent har avbrutit vården inom tre månader (varav hela 20 procent under den första månaden). Ändå framstår de tidiga avhoppen från de svenska behandlingshemmen som relativt få vid en internationell jämförelse. de Leon och Lange (1980) har i en omfattande litteraturgenomgång av den internationella forskningen på området visat att omkring 80 procent av klienterna i frivillig behandling har avbrutit behandlingen inom tre månader.

Den faktiska genomsnittliga vårdtiden vid de svenska behandlingshemmen för vuxna missbrukare förefaller alltså vara avsevärt längre. Författaren till BAK-rapporten konstaterar att det ofta framhålls att längre fullföljd behandlingstid ger bättre behandlingsresultat. Den slutliga analysen av samtliga data i undersökningen får visa om så är fallet även i Sverige.

Många har en trasslig uppväxt

Undersökningen ger en liknande bild av klienternas uppväxtförhållanden som S:t Lars-studien. Många — sex av tio — hade vuxit upp i splittrade familjer. Drygt hälften uppgav att det förekom allvarliga slitningar i familjen. Till detta kan läggas att missbruk av alkohol eller läkemedel och psykiska besvär var relativt vanligt förekommande hos föräldrarna.

Kriminalitet — en dominerande försörjningskälla

När det gäller utbildning och arbetslivserfarenhet är förhållandena för de intervjuade klienterna betydligt sämre än för normalbefolkningen. Mer än var femte klient har t ex inte avslutat sin folk- eller grundskoleutbildning och två tredjedelar saknade arbete eller annan sysselsättning vid intervjutidpunkten. Endast ca 30 procent av männen i vuxenvården anger arbetsinkomst som det första eller andra viktiga försörjningssättet under det senaste året. För kvinnorna är andelen ännu lägre, drygt 22 procent.

Försörjningen har därför ofta fått klaras på annat sätt. Närmare 60 procent av männen anger att kriminalitet varit den i första eller andra hand viktigaste försörjningskällan. Motsvarande andel för kvinnorna var drygt 40 procent. Omkring hälften av männen och kvinnorna anger socialbidrag som viktigaste eller näst viktigaste försörjningskälla. Nästan var femte kvinna anger prostitution som viktigaste försörjningskälla.

Många är blandmissbrukare

Samtliga klienter som intervjuats har — i större eller mindre utsträckning — missbrukat narkotika. Nästan var tredje klient har emellertid huvudsakligen missbrukat andra medel än narkotika under året före intagningen; främst alkohol. Även de klienter som har narkotika som dominerande missbruksmedel uppger att de missbrukar alkohol. Detta avspeglar sig också i en hög genomsnittlig alkoholkonsumtion och i att omkring var tredje klient uppger att de har alkoholproblem samt att de ofta eller alltid har s k återställarbehov efter det att de druckit alkohol. Denna konsumtion och dessa självupplevda alkoholproblem är upp till sex gånger större än bland personer i normalbefolkningen. Författaren konstaterar att blandmissbrukare är en mera relevant beteckning än narkotikamissbrukare på flertalet av de intervjuade klienterna.

Många har varit föremål för tidigare samhällsingripanden

Klienterna hade varit föremål för varierande former av samhällsingripanden, ofta förorsakade av missbruk och kriminalitet.

Inom ungdomsvården dominerar ingripanden med stöd av LVU. För kriminal- och vuxenvårdsklienterna dominerar påföljd inom kriminalvården. Men många (33 respektive 38 procent) hade tidigare också varit föremål för vård enligt LVU eller BvL. Närmare hälften av vuxenvårdens klienter hade avtjänat fängelsestraff vid flera tillfällen (medelantal fem gånger). I kriminalvårdsgruppen hade samtliga tidigare avtjänat fängelsestraff (medelantal fyra gånger).

Få hade vårdats enligt LVM, NvL eller LSPV.

Många har en lång historia i missbrukarvården

En majoritet av klienterna i undersökningen har tidigare vårdats för narkotika- eller alkoholmissbruk. Sjukhusvård för narkotikamissbruk —

huvudsakligen korta avgiftningar — och vård för komplikationer till missbruket är vanligast. Många, särskilt klienterna i vuxenvården, har vårdats på sjukhus vid flera tillfällen. Det är också vanligt att klienterna tidigare varit inskrivna vid olika behandlingshem för missbrukare — oftast vid minst två tillfällen. Medelvårdtiden är emellertid kort vilket antyder att klienterna avbrutit behandlingen tidigt.

Till bilden hör också att 3/4 av de intervjuade klienterna under året före den aktuella intagningen på de behandlingsenheter som ingår i undersökningen vårdats eller varit intagna på någon form av institution (sjukhus, behandlingshem, kriminalvårdsanstalt etc).

Sammanfattningsvis kan konstateras att den undersökta gruppen är gravt socialt belastad i olika avseenden när de skrivs in vid behandlingsenheterna. Deras situation inför inskrivningen präglas också av fysiska och psykiska problem. Den bedömning behandlarna gör av klienternas sociala och psykiska status vid utskrivningen visar att många av dessa problem fortfarande består efter en mer eller mindre lång tid i behandling. Den framtida prognosen för klienterna är därför ofta dålig och återfallsrisken bedöms för många vara stor. Det bör emellertid framhållas att prognosen enligt behandlarnas bedömning är bättre för de klienter som stannat länge i behandlingsprogrammen. En ännu oredovisad uppföljningsstudie kommer att visa hur det har gått för klienterna efter vistelsen på de olika behandlingsenheterna.

6.6 Kvinnliga narkotikamissbrukare

Den statliga utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO), som bygger på uppgifter från år 1979, visade att kvinnorna var i minoritet bland narkotikamissbrukarna. 24 procent av de inrapporterade tunga narkotikamissbrukarna var kvinnor.

Olika studier tyder emellertid på att kvinnorna har ett tyngre missbruk än männen.

Inom ramen för den tidigare refererade kartläggningen av samtliga narkotikamissbrukare vårdade vid S:t Lars sjukhus i Lund har ett antal fördjupningsstudier gjorts. En av dessa rör kvinnornas missbrukskarriär (Tunving, Nilsson 1985).

Studien sträcker sig över tolv år och jämför förhållandena för de kvinnliga narkotikamissbrukare som skrevs in vid narkomanvårdsenheten vid tre olika tidsperioder; 1971—1972, 1975—1977 och 1981—1982.

Av studien framgår att narkotikamissbrukarnas situation har försämrats dramatiskt under undersökningsperioden med en allt hårdare utslagning som följd. Detta gäller inte minst de kvinnliga narkotikamissbrukarna som blivit alltmer utsatta och skyddslösa.

De kvinnliga missbrukarna debuterade — liksom männen — i narkotikamissbruk vid 14—15 års ålder. Men kvinnornas missbruk föreföll ha haft ett snabbare förlopp än männens. Debuten skedde oftast tillsammans med och under påverkan av en äldre manlig partner. Introduktionsfasen blev oftast kort. Utvecklingen mot ett injektionsmissbruk gick i många fall snabbt; en del gick mer eller mindre direkt efter narkotikade-

buten in i ett injektionsmissbruk. Kvinnorna utvecklade snabbare ett tvångsmässigt missbruk än männen. Kvinnorna föreföll vidare vara mer obestämda i sitt val av droger. De anpassade sig efter den manlige partnerns drogval och tenderade att byta drog när de bytte partner.

Villkoren för de kvinnliga narkotikamissbrukarna har successivt försämrats från mitten av 1970-talet. Undersökningsperioden 1975—1977 beskrivs av författarna till S:t Lars-studien som en övergångsperiod mellan "den gamla goda tiden" och "den nya hårda". Vändpunkten kom i mitten av 1970-talet då heroinet introducerades på den svenska narkotikamarknaden. Missbruket och marknaden ändrade karaktär. Stigande narkotikapriser tvingade fram en större illegal aktivitet och prostitution. Många narkotikamissbrukande kvinnor blev prostituerade vid denna tidpunkt. 60—70 procent av de kvinnor som sökte vård på narkomanvårdsenheten efter år 1975 var prostituerade. Tidigare hade prostitution varit ett ovanligt inslag i bilden. Narkotikamissbrukarna levde ofta i fasta parförhållanden och kvinnorna skyddades och försörjdes av sina män.

Under senare delen av 1970-talet har förhållandena mellan manliga och kvinnliga missbrukare ändrat karaktär. De är flyktigare och baserar sig oftare på vad som kan beskrivas som ett arbetsförhållande än på kärlek och vänskap; det är lättare att överleva på gatan om man "jagar" pengar och narkotika tillsammans. Kvinnorna är dessutom ofta mycket utsatta i prostitutions- och missbruksmiljöerna och beroende av manligt beskydd. Om de inte har en jämnårig partner tvingas de ofta söka annat manligt beskydd, t ex en hallick. Kvinnorna tycks köpa beskydd för att klara sig i miljön.

Även enligt den tidigare refererade BAK-studien spelar prostitution en viktig roll för kvinnornas försörjning. Närmare två av tio uppgav att de hade haft prostitution som första eller andra huvudsakliga försörjningssätt under det sista året. Men enligt BAK-studien har kriminalitet ännu större betydelse för kvinnornas försörjning än prostitutionen. Fyra av tio har kriminalitet som första eller andra huvudsakliga försörjningssätt. Kriminaliteten är emellertid ännu mer omfattande bland de manliga missbrukarna.

Till bilden hör också att de narkotikamissbrukare, som har valt prostitution som försörjningssätt, i allmänhet befinner sig i prostitutionsmiljöerna under längre tider än andra prostituerade kvinnor. Författaren till en avhandling om prostituerades villkor i Malmö i slutet av 1970-talet (Larsson 1983) konstaterar att förhållandet mellan utgifterna för heroinet och inkomsterna från prostitutionen är sådant att kvinnorna ständigt måste försöka skaffa sig nya kunder. En av de prostituerade kvinnorna beskrev situationen på följande sätt:

"Jag måste ut med 1 200 om dagen. Det är för det mesta väldigt svårt att få ihop. Torskarna är ofta förbannat gnidna. Det är svårt att få ut hundralappen av dem på ett samlag. Därför sätter jag ofta igång med att gå där nere redan på eftermiddagen. För det mesta kommer jag inte därifrån förrän vid två-tiden på natten "(sid 187).

De kvinnliga narkotikamissbrukarnas hårdnande villkor har också, som framgått av avsnitt 6.2, lett till en kraftigt ökad sjuklighet. Den höga sjukligheten kan inte enbart tillskrivas missbruket utan också det faktum att kvinnorna lever under betydligt sämre sociala förhållanden.

De kvinnliga narkotikamissbrukarna har också ofta ett eller ibland flera barn som är omhändertagna för vård. I BAK-studien är det närmare en tredjedel av kvinnorna på behandlingshemmen för vuxna som har barn. Närmare 70 procent av dessa barn har ej modern som vårdnadshavare.

Ramström konstaterar (1983) att det verkar vara vanligt att den kvinnliga missbrukaren när en fantasi att om hon blir gravid och får ett barn kommer detta att bli hennes räddning:

"Hon får en ny självaktning i sin modersroll, hon får en uppgift i livet och kanske till och med kan knyta barnets far till sig med andra band än de i missbruksvärlden gängse" (sid 210).

Han konstaterar vidare att Gustav Jonssons (1977 och 1980) studier av Skå-flickornas öden visar att detta ibland har kunnat hända:

"Det vanligaste tycks dock vara att drömmen om moderskapet är en helt orealistisk räddningsfantasi, en dagdröm som inte i något avseende blir uppfylld, och när barnet omhändertas för fosterhemsplacering blir det i stället ytterligare ett misslyckande. I sina egna och omgivningens ögon är kvinnan nu inte bara en dålig människa och en dålig kvinna. Hon är också en dålig mor" (sid 210).

Kvinnliga missbrukare i behandling

Studien från narkomanvårdsenheten vid S:t Lars sjukhus i Lund visar att det finns vissa skillnader i manliga och kvinnliga narkotikamissbrukares vårdkonsumtionsmönster och antyder en del särskilda behandlingsproblem när det gäller kvinnor.

Studien visar bl a att kvinnorna i allmänhet hade en högre vårdkonsumtion än männen, vilket överensstämmer med andra undersökningsresultat.

En av förklaringarna till detta är att kvinnorna i större utsträckning än männen ådrar sig de sociala myndigheternas uppmärksamhet och övertalas — eller pressas — till behandling eller döms till vård enligt LVM. En annan är att de inte döms till fängelse i samma utsträckning som männen. Som framgått av kapitel 3 är de kvinnliga narkotikamissbrukarna överrepresenterade i LVM-vården i förhållande till antalet kvinnliga missbrukare.

En annan förklaring är att kvinnorna inte döms till kriminalvård i samma utsträckning som männen. Missbrukare alternerar ofta mellan perioder då de söker behandling, deltar i behandling, försöker leva ett "vanligt" liv eller avtjänar fängelsestraff. Studien från S:t Lars sjukhus visar att männen dömdes till fängelse dubbelt så ofta som kvinnorna. BAK-studien visar också att kvinnorna — trots den relativt omfattande kriminaliteten — döms till fängelse i mindre utsträckning än männen.

Kvinnorna var dessutom äldre när de dömdes till fängelse första gången (24 år jämfört med 21,6 år för männen).

Trots att kvinnorna således kommer i fråga för vårdinsatser i större utsträckning än männen tycks de ha mycket svårt att ta sig ur sitt missbruk. Enligt S:t Lars-studien förefaller många pendla mellan perioder av drogfrihet och perioder av missbruk under lång tid. Vissa av de kvinnor som ingår i undersökningen hade varit drogfria under flera år när de återgick till injektionsmissbruk.

Författarna pekar på några tänkbara förklaringar till detta.

Kvinnorna har levt ett mycket hårt liv. De är märkta av sitt liv som missbrukare och prostituerade. De är så fysiskt och psykiskt nedgångna att det förefaller mycket svårt att rehabilitera dem inom ramen för det gängse behandlingsutbudet för missbrukare. En ytterligare svårighet för missbrukande kvinnor är att de har mindre anknytning till icke-missbrukande personer och miljöer än vad missbrukande män har. Anhöriga tar ofta avstånd från och fungerar sämre som stöd för kvinnliga missbrukare. Den kvinnliga missbrukaren kan sällan eller aldrig påräkna något stöd från sin manlige partner. Om hon har en partner är det alltid en missbrukande sådan — och oftast en man som är mer nedgången än kvinnan själv. Rehabiliteringsinsatserna kullkastas lätt om kvinnan åter ställer sig under den missbrukande mannens inflytande. De kvinnliga narkotikamissbrukarna torde därför vara i behov av stöd och hjälp under avsevärd tid efter det att de upphört med sitt missbruk.

Det finns mycket som tyder på att de prostituerade heroinmissbrukarna har särskilt svårt att ta sig ur sitt missbruk. Författaren till den tidigare refererade avhandlingen om prostituerades villkor i Malmö (Larsson 1983) konstaterar att de sällan sökte vård för sina missbruksproblem. När de

"försvann från könshandelsgatorna var skälen oftast att de av olika anledningar tvingats därifrån. Så skedde, när polisen grep dem som misstänkta för brott, när de hastigt insjuknade och togs om hand på sjukhus eller i en del fall tvångsomhändertogs för sluten psykiatrisk vård. Det hände också att de vid skilda tillfällen frivilligt lät sig avgiftas på psykiatriska kliniker. Däremot var det endast i undantagsfall, som den s k eftervården fungerade. Oavsett om de frivilligt eller tvångsvis togs in för avgiftning blev vistelseperioderna på de psykiatriska klinikerna sällan längre än fjorton dagar. Därefter var flickorna ofta tillbaka på könshandelns gator" (sid 187).

Författaren konstaterar vidare att man inom ramen för det prostitutionsprojekt som avhandlingen bygger på, försökte använda sig av de olika frivilliga vårdenheter som stod till buds för narkotikamissbrukare. I några fall lyckades heroinmissbrukarna totalt förändra sin situation. "Men i den övervägande delen av fallen har resultaten av våra och många andra narkomanvårdsinstitutioners gemensamma ansträngningar varit nedslående". Missbrukarna var den grupp bland de prostituerade kvinnor, vilka ingick i projektet, som klarade sig sämst.

6.7 Några slutsatser

6.7.1 Narkomanvården möter en tung klientgrupp

Narkomanvården möter som framgår av de ovan refererade undersökningarna en extremt tung klientgrupp. För många började den sociala utslagningen tidigt, bl a som en följd av att de växte upp under otrygga förhållanden.

Undersökningarna bekräftar vad som tidigare framkommit i olika undersökningar, bl a i utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (Ds S 1982:7). Många tunga narkotikamissbrukare kommer från splittrade hem. Alkoholmissbruk eller psykisk sjukdom hos föräldrarna är vanligare hos narkotikamissbrukarna än hos normalbefolkningen. Många har haft anpassningsproblem under skoltiden och de flesta har debuterat tidigt i drogmissbruket.

Samtidigt bör understrykas att de refererade undersökningarna beskriver missbrukare som aktualiserats inom narkomanvården. Samma förhållande gäller för övrigt den tidigare refererade beskrivningen av karriärförloppet. Undersökningarna är dessutom retrospektiva, dvs man har i efterhand undersökt olika förhållanden som kan ha bidragit till den aktuella situationen. Man kan således inte utgå från att de fynd som gjorts har generell giltighet. Man vet genom olika undersökningar att många ungdomar har experimenterat med narkotika. Ett fåtal går vidare i den s k missbrukarkarriären. Även missbrukare som kommit längre i "karriären" lämnar missbruket utan att ha aktualiserats i vårdapparaten. Narkomanvården rekryterar sina klienter bland de missbrukare som inte förmår att bryta missbruket på egen hand. Av det skälet är det uppenbart att dessa retrospektiva studier ger en alltför mörk bild av narkotikamissbrukets förlopp. De fångar inte in de många missbrukare som lämnar missbruket spontant, utan vårdinsatser, som regel på ett tidigt stadium av "karriären".

6.7.2 Den sociala utslagningen har ökat

Mycket tyder på att villkoren för narkotikamissbrukarna successivt har hårdnat under 1970-talet. Den sociala utslagningen har blivit allt tydligare. Detta tar sig bland annat uttryck i en tyngre kriminalitet och ökad sjuklighet. De kvinnliga missbrukarna tvingas i allt högre grad till prostitution. Heroinmissbrukarna förefaller vara en grupp som far särskilt illa. Undersökningarna bekräftar bl a i dessa avseenden sedan länge kända erfarenheter inom narkomanvården.

Dessvärre kan konstateras att det inte finns några tecken på att situationen har förbättrats under 1980-talet. Under de senaste åren har dessutom AIDS/HIV-epidemin tillkommit som ytterligare en allvarlig komplikation.

6.7.3 Narkomanvården kommer ofta in sent

Undersökningarna illustrerar också narkomanvårdens tillkortakommanden i arbetet med narkotikamissbrukarna. Narkomanvården kom-

mer ofta in sent i den s k missbrukskarriären. De flesta narkotikamissbrukare har ett långvarigt missbruk bakom sig när de själva söker — eller med stöd av andra kan förmås att söka — vård. Narkotikadebuten ligger ofta långt tillbaka i tiden och många har dessutom ett flerårigt dagligt injektionsmissbruk bakom sig när de första gången söker vård för sitt missbruk. De flesta har aktualiserats inom kriminalvården innan de nås av narkomanvården.

Ett annat problem är att vårdinsatserna när de väl kommer till stånd tenderar att bli relativt tillfälliga och kortvariga episoder i en tillvaro som i övrigt präglas av missbruk och kriminalitet. Detta gäller inte enbart avgiftnings- och korttidsvården på sjukhus. Även vistelserna på behandlingshemmen får ofta en sådan karaktär. Missbrukarna i ett visst skede av karriären är inte motiverade, konstaterar författarna till S:t Lars-studien; de drar inte nytta av behandlingen. Den får i stället funktion av en vilopaus och återhämtning inför en ny missbruksperiod. Missbrukarna utnyttjar vården på ett för sig själva destruktivt sätt.

Mönstret är dessutom att narkotikamissbrukarna gång på gång aktualiseras inom kriminalvården efter det att de blivit kända inom narkomanvården. Ytterst få undgår påföljd inom kriminalvården under sin "karriär" som missbrukare. Fängelsestraff är i ett längre tidsperspektiv regel snarare än undantag i gruppen som helhet.

Ett annat problem är att missbrukarna ofta går runt i vårdsystemet mellan olika myndigheter och vårdgivare, något som bidrar till att det blir svårt att bedriva en konsekvent vård.

I de fall missbrukaren lämnat missbruket bakom sig har vägen mot missbruksfrihet varit kantad av åtskilliga vårdtillfällen och återfall i missbruk och kriminalitet. Den s k vändpunkten kommer för många sent i karriären — inte sällan först när missbrukaren är i 27—28 årsåldern — och i ett läge när vägen tillbaka till ett normalt socialt liv är längre än någonsin.

Författarna till S:t Lars-studien pekar på några förklaringar till att missbrukarna så småningom börjar ifrågasätta sitt missbruk och sätt att leva; missbruket "nöter ut dem"; allvarliga fysiska och psykiska komplikationer tillstöter; missbrukaren utsätts för påtryckningar från släktingar, engagerade övervakare etc. Ramström pekar bl a på att den sociala misären fördjupas och att missbrukarens tillvaro i allt högre grad kommer att präglas av ständiga konfrontationer med polis och andra myndigheter. Frykholm ger en liknande bild i sin avhandling om vägen ut ur missbrukskarriären.

Mycket talar för att narkomanvården ofta misslyckas med att förkorta missbruksförloppet, dvs bidra till att vändpunkten tidigareläggs. Detta är ett allvarligt problem — inte minst mot bakgrund av att unga missbrukare ofta hinner bli socialt och fysiskt nedgångna innan de kan motiveras att gå in i och fullfölja en långsiktig behandlingskontakt.

Det finns en annan allvarlig aspekt på narkomanvårdens svårigheter att bryta missbruket i tidigare skeden. Den s k vändpunkten tenderar att sammanfalla med den tidpunkt då risken för förtidig död är särskilt stor. Missbrukaren är fysiskt nedgången efter många års missbruk. Han pendlar mellan perioder av uppehåll i missbruket och återfall, vilket ökar

risken för överdosering. Risken för självmord är också stor. De omständigheter som driver många missbrukare mot större motivation att sluta missbruka kan paradoxalt nog också föra dem in i den hopplösa situation där självmordet upplevs som den enda utvägen.

Det är emellertid möjligt att de refererade studierna ger en alltför dyster bild av vårdens möjligheter att påverka missbruksförloppet. Det kan som framhållits inte uteslutas att förändringar bl a av vårdinnehållet kan påverka den s k karriären.

En positiv omständighet i behandlingsarbete med narkotikamissbrukare är de tecken som finns på att de tenderar att mogna ur missbruket. Behandlingens uppgift måste vara att genom konsekventa och samordnade insatser försöka bidra till att påskynda den mognadsprocessen.

Det ligger nära till hands att associera till den diskussion som Lars Lindström för i sin tidigare nämnda avhandling om behandling av alkoholism (1986). Han säger bland annat att behandling bäst låter sig förstås som en metod att bana väg för s k spontanläkning. Genom att understödja en åtminstone tillfälligt nykter livsföring skapar man ett förändringsutrymme som tillåter andra psykiska och sociala motiv än alkoholberoendet att göra sig gällande.

Det kan i detta sammanhang finnas skäl att beröra frågan om skillnader mellan narkomanvården och vården av alkoholmissbrukare när det gäller rehabiliteringsutsikterna. Ramström diskuterar denna fråga i sin bok om narkomani. Han pekar bl a på att alkoholkulturen finns i hela samhället vilket gör det svårt för alkoholmissbrukaren att avlägsna sig från missbrukskulturen. För narkotikamissbrukarna däremot handlar det på ett helt annat sätt om en antingen-eller-situation. Ett förhållande som kan ge ett stöd i behandlingsarbetet. Det är en komplikation vid rehabilitering av alkoholmissbrukare att det ofta är nödvändigt med absolutism. Det innebär att behandlingsmålet inte är att bli som majoriteten utan att vara "avvikande" på ett annat sätt, dvs helnykterist.

Ramström pekar vidare på att det långa smygande förloppet vid alkoholism kan vara en negativ faktor vid behandling. Det ger helt andra möjligheter än vid narkotikamissbruk att förneka att man faktiskt är indragen i ett beroendeförhållande. Den sociala misären kommer inte heller så snabbt utan långsamt, steg för steg, och också detta faktum kan göra det svårare att inse situationens allvar.

Därtill kommer att vården av alkoholmissbrukare ofta är märkt av en pessimistisk grundsyn medan narkomanvården har fler inslag av såväl nya behandlingsformer som en mer entusiastisk och hoppfull syn.

En av de faktorer som å andra sidan gör det svårare att arbeta med narkotikamissbrukare är att de oftast blir tidigt indragna i kriminalitet och/eller prostitution. Alkoholmissbrukaren har ofta tidigare varit anpassad i samhället vilket gör rehabiliteringsprocessen lättare. Det finns en grund att återvända till.

Ramström påpekar dock att det har blivit vanligare med en ny typ av alkoholmissbrukare som mer liknar narkotikamissbrukaren. Det är då fråga om ungdomar som debuterar i alkoholmissbruk i tonåren och vars missbruk tycks få ett snabbare förlopp än vad som tidigare var vanligt. Denna ungdomsalkoholism liknar mer narkotikamissbruket än det

"klassiska" alkoholmissbruket. Här sker dessutom inte sällan en övergång från den ena gruppen till den andra, dvs man lämnar alkoholmissbruket och blir narkotikamissbrukare eller tvärtom.

När det gäller den framtida utvecklingen inom narkomanvården bör det slutligen framhållas att AIDS/HIV-problemet kan komma att innebära så stora påfrestningar för vårdområdet att den positiva utveckling som skett under senare år riskerar att kullkastas. Erfarenheterna i första hand från Stockholm visar att AIDS/HIV-problemet ställer vården inför nya och svårbemästrade problem. Det finns en uppenbar risk för att den optimism och det engagemang som länge präglat narkomanvården kan vändas i pessimism och uppgivenhet. Stora insatser måste göras för att motverka en sådan utveckling.

Beredningen redovisar i kapitel 7 vissa överväganden med anledning av AIDS/HIV-epidemin bland narkotikamissbrukarna.

6.8 Sammanfattning

Narkotikamissbruk leder ofta till en rad kroppsliga och psykiska skador. Injektionsmissbrukarna utsätter sig för särskilt stora risker att drabbas av allvarliga sjukdomar och förtidig död. Riskerna sammanhänger emellertid inte enbart med intagningssättet och de preparat som missbrukas utan också i hög grad med det socialt utsatta liv som missbrukarna lever.

Vissa studier pekar på att dödligheten är mellan 10 och 15 gånger högre bland de intravenösa narkotikamissbrukarna än i normalbefolkningen. Risken för död i förtid tycks vara större vid narkotikamissbruk än vid alkoholmissbruk.

Villkoren tycks successivt ha hårdnat för narkotikamissbrukarna under 1970-talet. Detta tog sig bl a uttryck i en tyngre kriminalitet och ökad sjuklighet. De kvinnliga narkotikamissbrukarna tvingades i allt högre grad till prostitution. Dessutom tycks det som om kvinnorna i allt större utsträckning försörjer sig genom kriminalitet, något som tidigare var mer eller mindre reserverat för männen.

Ingenting tyder på att situationen förbättrats under 1980-talet. Under de senaste åren har dessutom AIDS/HIV-epidemin tillkommit som ett dödligt hot. HIV-smitta hos narkotikamissbrukare konstaterades första gången i Sverige i december 1984. Smittan har därefter spritts i snabb takt, framför allt bland intravenösa heroinmissbrukare i Storstockholmsområdet. Men den har också i viss utsträckning drabbat centralstimulantiamissbrukarna och fått viss spridning bland narkotikamissbrukare i Malmö-Lund-regionen och i Göteborgsområdet. Hittills har smitta konstaterats hos närmare 400 narkotikamissbrukare, vilket motsvarar 30 procent av det totala antalet kända smittbärare.

Ingen HIV-smittad narkotikamissbrukare har ännu utvecklat sjukdomstillståndet AIDS. En förklaring till detta kan vara att många har avlidit i förtid av andra orsaker, främst till följd av överdosering.

Vägen in i och ut ur ett tungt narkotikamissbruk beskrivs som en process med ett antal urskiljbara steg. Denna process brukar kallas missbrukskarriären. Den inleds i allmänhet i tonåren med ett experimente-

rande med droger för att efter något eller några år övergå till ett regelbundet missbruk. Vägen ut ur missbruket är ofta mödosam och lång.

Vägen in i missbruket går via tre stadier; experimentstadiet, adaptionsstadiet och det kompulsiva stadiet. Många missbrukare lämnar den påbörjade karriären redan i de första två stadierna. Om detta inte sker förlorar han eller hon förr eller senare kontrollen över sitt missbruk och övergår till ett kompulsivt missbruk. Missbrukarens kontakter med vårdapparaten under det kompulsiva stadiet är inte motiverade av en önskan att upphöra med missbruket.

Så småningom brukar emellertid missbrukaren komma till en punkt då han börjar ifrågasätta sitt levnadssätt — vändpunkten. Han vill nu försöka ta sig ur sitt missbruk.

Vägen ut ur missbrukskarriären går via tre stadier; det ambivalenta stadiet, behandlingsstadiet och frigörelsestadiet. Under det ambivalenta stadiet gör missbrukaren utbrytningsförsök som emellertid ofta slutar med återfall. Efter en tid inträder ett skede då behandlingsförsöken får allvarligare inriktning. Under missbrukskarriärens sista stadium — frigörelsestadiet — minskar gradvis behovet av stöd och individen kan under allt längre perioder reda sig på egen hand. Antalet år i varje stadium är individuellt betingade.

De studier som refereras i kapitlet tyder på att den s k vändpunkten ofta inträffar sent i karriären. En del söker inte vård förrän efter flera års kompulsivt missbruk. När de börjar försöka ta sig ur sitt missbruk har de åtskilliga år av tungt narkotikamissbruk bakom sig och har hunnit bli socialt och fysiskt nedgångna till följd av missbruket och levnadssättet i övrigt. Vägen mot missbruksfrihet går i allmänhet via åtskilliga vårdtillfällen och återfall i missbruk och kriminalitet.

De narkotikamissbrukare, som avbryter missbruket sent i karriären har få kvarvarande sociala kontakter utanför missbrukargruppen vid den tidpunkt då de börjar ta sig ur missbruket. Under rehabiliteringens gång får de därför söka sig nya stödpunkter. Härvid spelar olika former av vårdkontakter en viktig roll.

Kvinnor söker sig till behandling tidigare och oftare än männen. En förklaring till detta är att de mindre ofta döms till fängelsestraff. En annan att de i större utsträckning än männen ådrar sig de sociala myndigheternas uppmärksamhet. Men de har också svårt att ta sig ur missbruket. Det gäller särskilt prostituerade opiatmissbrukande kvinnor.

Sammanfattningsvis kan konstateras att narkomanvården möter en tung klientgrupp, vars sociala utslagning har ökat. Narkomanvården kommer ofta in sent i missbruksförloppet och lyckas ofta inte förkorta det, enligt de studier som nu finns tillgängliga. I skuggan av hotet från AIDS/HIV framstår detta som ett allvarligt problem.

II Överväganden och förslag

7 En förstärkt frivilligvård

7.1 Inledning

I de båda föregående kapitlen har vi översiktligt redovisat problem och utvecklingslinjer inom missbrukarvården. Innan vi går över till en diskussion om tvångsvårdens roll och LVM:s utformning, skall vi i detta kapitel redovisa våra överväganden rörande den frivilliga vården, huvudsakligen inom socialtjänsten, av vuxna missbrukare. Framställningen har begränsats till några aspekter, som mot bakgrund av den tidigare redovisningen framstår som centrala.

Det bör först framhållas att det endast marginellt är möjligt att minska missbrukets omfattning genom vårdinsatser. Härför krävs politiska åtgärder av annat slag. Missbrukets omfattning är bl a beroende av den alkohol- och narkotikapolitik som förs.

Enligt en numera godtagen vetenskaplig teori — omfattad av WHO — har alkoholskadorna ett direkt samband med konsumtionens omfattning.

Socialberedningens uppgift i detta sammanhang har varit att behandla frågan om vården av vuxna missbrukare. Vi har därför varken haft anledning eller möjlighet att gå in på de politiska åtgärder som krävs för att tränga tillbaka drogmissbruket. Vi vill emellertid för tydlighetens skull göra denna markering.

7.2 Övergripande utgångspunkter för missbrukarvården

Som påvisats i kapitel 5 har de tunga missbrukarnas sociala och medicinska situation försämrats under de senaste decennierna. Överdödligheten bland missbrukarna har ökat mycket kraftigt. Dödligheten är numera omkring sju gånger högre än normalbefolkningens. De yngre missbrukarnas överdödlighet är särskilt hög. Överdödligheten bland missbrukande kvinnor har stigit till ungefär samma nivå som bland männen.

Missbrukarnas ställning på arbetsmarknaden har förändrats dramatiskt under de senaste tjugo åren. Arbete har i stor utsträckning ersatts av förtidspension eller socialbidrag. Inte bara den ordinarie arbetsmarknaden har stängts för missbrukarna. Många kommer inte heller i fråga för skyddat arbete eller andra liknande arbetsmarknadspolitiska åtgärder.

Ett särskilt påtagligt inslag i beskrivningen av det tunga missbruket är att det blivit mer utbrett och fått allvarligare konsekvenser i de yngre åldersgrupperna. Ett ökande antal unga utvecklar ett drogberoende redan i 20-årsåldern och är mycket tidigt utslagna från arbetsmarknad och andra viktiga sociala sammanhang. Den allmänt stegrade överdödligheten ökar särskilt snabbt bland de yngre.

Det är sålunda ingen tvekan om att missbrukarnas situation har försämrats när det gäller fundamentala levnadsvillkor. Det är sannolikt att socialtjänstreformen, med dess strävan att befria socialtjänsten från auktoritära och förnedrande inslag, har inneburit viktiga positiva förändringar också för missbrukargrupperna. I den praktiska tillämpningen tycks emellertid samtidigt tolkningen av den nya lagstiftningens principer ha medfört problem för vården av dessa grupper.

I socialtjänstpropositionen (prop 1979/80:1 del A sid 507 f och del B—C sid 58 f) framhölls att socialtjänsten även såvitt avsåg missbrukare borde präglas av en erbjudande attityd. Vård och behandling skulle så långt som möjligt ges i frivilliga former. Tvångsintagningar skulle få ske endast för att rädda liv eller förhindra allvarlig kroppslig eller mental skada i situationer då den enskilde själv är satt ur stånd att inse sitt behov av hjälp. Departementschefen påpekade att missbrukarna syntes ha kommit i skymundan i socialtjänstlagen men hänvisade till att det skulle strida mot socialtjänstlagens karaktär av ramlag att särskilt slå fast socialnämndens ansvar för missbrukarvården.

Socialutskottet (SoU 1979/80:44 sid 56) fann emellertid att lagen borde kompletteras med bestämmelser om att socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka alkohol- och narkotikamissbruk och även lämna den enskilde erforderlig hjälp och stöd i kampen mot missbruket. Socialnämndens åligganden inom missbrukarvården kom härigenom att särskilt anges i 11 § socialtjänstlagen. Socialnämnden skall sålunda enligt denna bestämmelse arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Insatser för barn och ungdom bör därvid ägnas särskild uppmärksamhet. Socialnämnden skall vidare genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. Slutligen stadgas att nämnden även skall stödja den enskilde missbrukaren och se till att han får den hjälp eller vård som behövs för att komma ifrån missbruket.

Begreppen frivillighet och självbestämmande utgjorde centrala hörnstenar i socialtjänstreformen. Det framhölls (prop del A sid 138) bl a att socialtjänsten inte fick ges till uppgift att ta över ansvaret för enskilda människors handlingar och livsföring. Vad socialtjänsten borde göra var att förstärka och komplettera människors egna resurser. Det framhölls (sid 135) att socialtjänsten skulle vara tjänstvillig, uppmärksam och angelägen att människor söker råd och hjälp så snart de behöver det. Den

sökande skall behandlas som en jämställd med eget ansvar och med rätt att kräva respekt för sina åsikter och synpunkter.

Vad som sades vid tillkomsten av socialtjänstlagen har fortfarande giltighet. När det gäller vården av tunga missbrukare krävs emellertid, i ljuset av de senaste årens erfarenheter, ett klargörande av hur begreppen bör tolkas.

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

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

Det är samtidigt viktigt att inte beskriva de tunga missbrukarnas bristande motivation för förändring i alltför kategoriska ordalag. Det är sant att många inte frivilligt söker vård för sitt missbruk. Men i beskrivningar av denna missbrukargrupp återkommer ofta att de flesta av dem, om inte alla, samtidigt bär på en vilja att komma ifrån missbruket. Många lever i en ständig, stark ambivalens inför sitt eget missbruk. "Jag orkar inte fortsätta missbruket, men jag orkar inte heller sluta" - så beskrev nyligen en erfaren narkomanvårdare det budskap som många av missbrukarna mer eller mindre uttalat förmedlar.[1]

Andra har tolkat missbruket hos många av de tunga missbrukarna som "ett rop på hjälp". Det är säkert också en rimlig tolkning, särskilt när det gäller de tyngsta, mest självdestruktivt missbrukande grupperna.

Det är mot bakgrund av dessa insikter som socialtjänstens insatser för de tunga missbrukarna måste utformas. Om socialtjänsten intar en uteslutande erbjudande attityd i den meningen att socialarbetarna passivt inväntar att missbrukaren själv söker hjälp för sitt missbruk, riskerar man att lämna dessa människor åt deras öde, eftersom många av dem aldrig kommer att söka hjälp, hur hjälpbehövande de än i verkligheten är. Man svarar inte på deras "rop på hjälp". Socialtjänsten får därför aldrig passivt invänta att motivationen för förändring skall inställa sig hos klienten. Socialarbetarna måste i stället aktivt söka upp klienten, försöka knyta an till hans egen vilja till förändring och i samarbete med hans övriga omgivning söka stärka hans förmåga att se problemen och ta ett successivt ökande ansvar för sin situation.

När socialtjänsten fått kännedom om att någon har allvarliga missbruksproblem måste socialnämnden alltså söka upp den enskilde och

---

[1] Sonja Wallbom vid en av Landstingsförbundet och kommunförbundet anordnad konferens om narkomanvård på Lidingö hösten 1986.

försöka skapa motivation hos honom för insatser som kan hjälpa honom ifrån missbruket. Ett viktigt inslag i detta är att försöka skapa insikt och aktivt påverka klienten och dennes situation. Man måste göra klart för missbrukaren att hans missbruk inte är hans ensak. Enligt socialberedningens mening innebär den enskildes rätt till vård och behandling för ett tungt missbruk samtidigt en skyldighet för socialnämnden att bedriva en aktivt uppsökande verksamhet för att tillförsäkra den enskilde denna rätt.

De föregående kapitlen har på flera sätt förmedlat en kritisk bild av socialtjänstens arbete med de tunga missbrukarna. Som redan har understrukits är denna bild långt ifrån generellt giltig. Den är dessutom mindre sann i dag än vad den var för bara några år sedan. På många håll har under senare år utvecklats en mera genomtänkt och aktiv arbetsmetodik i förhållande till de tunga missbrukarna. Inte minst inom vissa delar av narkomanvården är denna tendens påtaglig. Mot bakgrund av de många problem och brister som belysts i betänkandets bakgrundsdel finns det emellertid här skäl att starkt betona vikten av att denna utveckling fortsätter och förstärks.

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

Socialtjänsten måste också lära sig att identifiera missbruket tidigt. Det innebär bl a att socialtjänsten bör bedriva ett aktivt uppsökande arbete. Det innebär också att socialarbetarna bör vara mer observanta på missbruksproblemen när en klient söker hjälp i något annat avseende, t ex ekonomiskt bistånd. Missbrukarens rätt till bistånd till sitt livsuppehälle utesluter vanligtvis inte att hans kontakt med socialtjänsten används i syfte att utreda om det är missbruket som är orsaken till hans livssituation.

När socialtjänsten fått klart för sig att det föreligger ett allvarligt missbruk måste en utredning företas i syfte att utröna vilket behov av vård som föreligger. Om missbrukaren är motiverad för frivillig behandling, är det nödvändigt att en behandlingsplan görs upp i samråd med missbrukaren. Oavsett om behandlingsplanen föreskriver institutionsvård eller något behandlingsprogram i öppna former måste socialtjänsten därefter kontinuerligt följa missbrukaren. Om han avbryter planen, måste socialtjänsten omedelbart reagera och aktivt söka påverka missbrukaren till ett nytt behandlingsförsök. Det är viktigt att missbrukaren själv får välja mellan olika lämpliga behandlingsalternativ. I frivilligheten skall emellertid inte ligga något fritt val att fortsätta missbruket. Om han, trots alla erbjudanden om vård i frivilliga former vägrar att delta i något program, återstår bara att undersöka om förutsättningar för tvångsvård föreligger.

Socialberedningen vill i detta sammanhang betona vikten av att social-

nämnden nära och kontinuerligt följer missbrukaren under olika stadier av behandlingen. Det är dessvärre vanligt att missbrukaren inte möts av fortsatta behandlingsinsatser när han återvänder hem efter institutionsvård. Från behandlingshemmens sida, men också från många andra håll, t ex klientorganisationerna, har detta ständigt framhållits som en av de mest allvarliga bristerna inom missbrukarvården.

Arbetet med det ekonomiska stödet har kommit att dominera socialtjänstens insatser och har kommit att påverka även arbetet med missbrukarna. Socialbidraget kan i stor utsträckning betraktas som en serviceinsats och en rättighet för kommuninvånarna. Stöd- och behandlingsarbetet till en missbrukare kan emellertid aldrig på samma sätt ses som en serviceåtgärd. Missbruket i sig kan aldrig accepteras. Det ligger därför i sakens natur att behandlingsarbetet måste ingripa i den enskildes privata sfär. Socialtjänsten får inte förhålla sig passiv bara för att missbrukaren själv inte är tillräckligt motiverad att sluta med sitt missbruk.

Socialberedningens förslag

Socialberedningen anser att den nu förordade synen på missbruket måste få starkare genomslag i socialtjänstens arbete med missbrukarna än vad den ofta har i dag. Det föreligger därför ett behov av att i lagstiftningen ytterligare klargöra socialnämndens ansvar för att söka upp och kontinuerligt följa en missbrukare med stöd och behandlingsinsatser. I detta syfte bör 11 § socialtjänstlagen förtydligas. Genom ett tillägg bör socialnämndens ansvar för att missbrukare får erforderlig vård lyftas fram särskilt. I bestämmelsen bör också klargöras att vården måste planeras och att socialnämnden noga skall följa den planerade vården.

7.3 Missbrukarvårdens begränsade räckvidd

7.3.1 Socialbidrag och behandling

Missbrukarvårdens räckvidd är begränsad i den meningen att endast en mindre del av de tunga missbrukarna kommer i fråga för sådana stöd- och behandlingsinsatser som kan leda till varaktiga förbättringar av livssituationen. Problemet har flera aspekter.

För det stora flertalet tunga missbrukare har socialbidraget stor betydelse för försörjningen vilket innebär att de har mer eller mindre regelbundna kontakter med socialbyråerna. Problemet är emellertid, som framhållits, att de inte erbjuds — eller att de avvisar — behandlings- eller andra stödinsatser. Kontakten domineras av ekonomiskt bistånd trots att det är uppenbart att klienten är i behov av mer omfattande stöd- och behandlingsinsatser.

Ett annat problem som främst rör missbrukare i relativt tidiga skeden av den s k missbrukskarriären är att de kan ha kontakt med socialbyråerna utan att missbruksproblemen identifieras. Problemet gäller såväl alkohol- som narkotikamissbrukarna. Så visar t ex en nyligen genomförd

undersökning på häktet i Göteborg att de intravenösa missbrukarna ofta haft kontakt med socialbyråerna utan att ha uppfattats som missbrukare.

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

I många situationer är emellertid den individuella problembilden sådan att missbruket utgör ett hinder för den enskilde att försörja sig genom arbete. Det gäller ofta missbrukare som är socialt utslagna eller på väg att bli det. I dessa fall måste socialtjänstens uppgift vara att försöka få till stånd en rehabilitering genom behandlingsinsatser, personligt stöd, utbildning och andra åtgärder. Socialbidrag är en av de former för stöd som kan komma i fråga. Socialtjänsten kan emellertid inte begränsa sina insatser till att trygga missbrukarens försörjning, utan måste erbjuda honom det stöd och den behandling som kan behövas för att han skall kunna komma ifrån missbruket. Det ligger i sakens natur att den som har missbruksproblem inte alltid vill medverka i en behandling eller inte fullföljer överenskommelser om behandling. Socialtjänsten får emellertid inte stå passiv medan ett missbruk utvecklas och förvärras utan måste bedriva ett motivationsarbete och försöka komma fram till en planering i samförstånd med klienten. Är det fråga om ett missbruk som kan leda till de allvarliga situationer som avses i LVM, ställs det särskilt stora krav på socialtjänsten att försöka få till stånd behandlings- och andra stödinsatser.

Socialberedningen vill här erinra om socialutskottets uttalanden i dess nyligen avgivna betänkande om socialbidrag där man bl a tar upp frågan om att uppställa vissa villkor för socialbidrag (SoU 1986/87:21 sid 19). Uttalandet är bl a föranlett av en motion som hänvisar till den s k öppenverksamheten i Hallstahammars kommun, där det för socialbidragsutbetalningar ställs krav på att den enskilde skall acceptera viss sysselsättning i kommunal regi. Utskottet understryker

"vikten av att socialtjänsten inte genom ett passivt utbetalande av socialbidrag bidrar till att missbruk underlättas eller befästs. Aktiva insatser krävs i form av uppsökande verksamhet, kontakt med anhöriga, förnyade kontakter med dem som avvisat erbjudanden om behandling samt ett målmedvetet motivationsarbete. En sådan verksamhet är, enligt utskottets mening, möjlig inom ramen för socialtjänstlagen.

Det är också av största vikt att människor som under lång tid blir beroende av socialbidrag inte hamnar utanför gemenskapen utan får en sysselsättning i kontakt med andra. Den s k öppenverksamheten i Hallstahammar innebär att de som inte kan få arbete på den öppna arbetsmarknaden eller i beredskapsarbete ges möjlighet till en individuellt anpassad sysselsättning som innefattar både arbete och utbildning. En sådan aktiv socialtjänst är från dessa synpunkter förtjänstfull. För människor med missbruksproblem är det särskilt värdefullt att få komma in i ett regelbundet liv med sysselsättning och arbetsgemenskap. En verksamhet där man begär motprestationer av klienten får dock självfallet inte rymma villkor som inte är förenliga med respekten för klientens självbestämmande och integritet så som den angivits i socialtjänstlagen.

Utskottet vill slutligen erinra om att rätten till ekonomiskt bistånd inte är generell utan beroende av en individuell prövning, där hänsyn tas till klientens hela situation. Vad som i ett individuellt fall är försök att få en klient att acceptera behövlig vård respektive inte godtagbara påtryckningar kan ibland vara svårt att avgöra. Prövningen härav ankommer ytterst på de allmänna förvaltningsdomstolarna."

Enligt socialberedningens mening är det nödvändigt att socialtjänstens insatser för missbrukarna grundar sig på en noggrann bedömning av vilka insatser som krävs för att klienten skall ges realistiska möjligheter att förbättra sin livssituation. I de fall missbruket är ett så stort problem att klienten inte kan klara sin försörjning genom arbete är det socialtjänstens uppgift att försöka åstadkomma behandling och annat stöd. Ett viktigt inslag i detta är att bedriva motivationsarbete och försöka få till stånd en planering i samförstånd med klienten.

7.3.2 Socialtjänsten når inte narkotikamissbrukarna

Det bör finnas goda möjligheter att nå en väsentligt högre andel av de tunga missbrukarna med olika slag av stöd och rehabilitering genom förbättrade metoder inom socialtjänsten. Detta är emellertid inte tillräckligt i fråga om de tunga narkotikamissbrukarna. Många av dem saknar varje kontakt med socialtjänsten. De söker sig inte till socialbyråerna i samma utsträckning som alkoholmissbrukarna eftersom socialbidraget har mindre betydelse för deras försörjning. De tunga narkotikamissbrukarna tvingas söka sig andra inkomstkällor; kriminalitet och prostitution är vanliga försörjningssätt under missbruksperioderna. Många söker inte heller kontakt med narkomanvårdsbaser och avgiftningsenheter inom sjukvården i de fall de bor i kommuner där sådana finns.

Att problemet är stort framgick av utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO) som visade att endast en tredjedel av de inrapporterade tunga narkotikamissbrukarna år 1979 var kända av vårdorganen. I ett längre tidsperspektiv stiger rimligtvis denna andel. Men även om detta beaktas är av allt att döma en relativt stor del av de tunga

narkotikamissbrukarna okända för såväl socialbyråerna som den särskilda narkomanvården. Olika undersökningar tyder på att socialtjänsten och narkomansjukvården framför allt saknar kontakt med de mest brottsbelastade narkotikamissbrukarna. Dessa befinner sig under långa tider inom kriminalvårdssystemet och söker varken ekonomiskt eller annat bistånd från socialtjänsten. Samma förhållande gällde länge de prostituerade narkotikamissbrukarna. Under senare år har emellertid socialtjänsten i de större kommunerna avdelat särskilda resurser för uppsökande verksamhet i prostitutionsområdena. Detta förefaller ha lett till att man numera har en förbättrad kontakt med de gatuprostituerade narkotikamissbrukarna.

En bättre samordning av socialtjänstens och de rättsvårdande myndigheternas insatser är en förutsättning för att man skall kunna nå en större andel av de tunga narkotikamissbrukarna.

7.3.3 Samverkan mellan socialtjänst och polis

Polisen skickar regelmässigt över anmälningar till socialtjänsten rörande dels omhändertaganden enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m m (LOB), dels sådana barn och ungdomar som omhändertagits av polisen (7 § andra stycket LOB respektive 71 § socialtjänstlagen). Polisen har dessutom enligt 3 § polislagen en generell skyldighet att, som ett led i sitt arbete, samarbeta med myndigheterna inom socialtjänsten och snarast underrätta dessa om förhållanden som bör föranleda någon åtgärd av dem. Denna bestämmelse innebär en skyldighet för polisen att underrätta socialtjänsten när man gjort ingripanden mot narkotikamissbruk eller på annat sätt fått vetskap om att någon missbrukar narkotika.

Det finns således goda möjligheter att nå en betydligt större andel av narkotikamissbrukarna, om man utvecklar rutiner för att föra över kunskaper om missbruksmiljöer och enskilda missbrukare från polisen till socialtjänsten. En sådan samverkan skulle framför allt få stor betydelse för socialtjänstens möjligheter att nå missbrukare i tidigare skeden av missbrukskarriären. Vårt intryck är emellertid att polis och socialtjänst, trots lagregleringen, endast i begränsad omfattning har utvecklat rutiner för detta. På vissa håll fungerar dock samarbetet och kunskapsöverföringen från polis till socialtjänst av allt att döma mycket bra. Som regel har i dessa fall ett väl fungerande samarbete kommit att utvecklas spontant — på fältnivå mellan socialarbetare och poliser som är specialiserade på missbruksområdet. AIDS/HIV-problemet har bidragit till ett ökat intresse för att utveckla samverkansformer av detta slag mellan narkomanvården och polisen.

Socialberedningen anser att det är angeläget att stödja framväxten av sådana samverkansformer. Det är emellertid viktigt att understryka att polis och socialtjänst har olika funktioner och roller i missbruksarbetet. Det är nödvändigt att skilja mellan socialtjänstens insatser och det polisiära utrednings- och spaningsarbetet.

7.3.4 Missbrukarna inom kriminalvården

Socialtjänsten har också, som framgått av kapitel 4, i ökande utsträckning sökt samverkansformer med kriminalvården. Flera projekt i syfte att nå och stödja narkotikamissbrukare inom kriminalvården har startat under senare år. Denna utveckling har möjliggjorts bl a genom den utbyggnad av den specialiserade öppna narkomanvården som ägt rum under senare år.

Häkten och kriminalvårdsanstalter har kommit att bli viktiga fält för narkomanvårdens uppsökande insatser. Arbetet bedrivs i nära samverkan med kriminalvården och vissa frivilliga organisationer — främst Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL) och Föräldraföreningen mot narkotika (FMN).

Häktes- och anstaltsvistelser utnyttjas för motivationsarbete och planering av behandlingsinsatser som kan påbörjas antingen under anstaltstiden enligt 34 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt (KvaL) eller efter den villkorliga frigivningen. Under senare år har en markant ökning av antalet § 34-placeringar skett samtidigt som dessa ofta kunnat påbörjas i nära anslutning till verkställighetens början.

Samarbetet har utvecklats även mellan socialtjänsten och kriminalvårdens frivård. I flera av samverkansprojekten arbetar personal från frivården och socialtjänstens narkomanvård i gemensamma verksamheter.

AIDS/HIV-problemet har utan tvekan varit en utvecklande faktor för samverkan mellan kriminalvården och narkomanvården. Det motstånd och de hinder som tidigare funnits mot en organiserad samverkan, främst från socialtjänstens sida, har brutits. Utvecklingen speglar också den vårdideologiska förändring som skett under senare år. Det motstånd mot en organiserad samverkan med kriminalvården och polisen som fanns inom narkomanvården under 1970-talet hade sin grund i den starka betoning av frivillighet i vården som präglade verksamheten. Narkomanvården var relativt fristående i förhållande till både socialbyråerna och andra myndigheter. Man såg det som nödvändigt att göra en tydlig boskillnad mellan narkomanvården och de enheter som ägnade sig åt myndighetsutövning och kontroll. Motivet för detta var att man annars riskerade att missbrukarna inte vågade vända sig till missbrukarvården med förtroende. Att klienten sökte sig frivilligt till narkomanvården sågs som en förutsättning för behandling. Effekten blev att man arbetade huvudsakligen med de välmotiverade missbrukarna.

Numera betonas inte kravet på frivillighet lika starkt som förut. Det kan bl a ha att göra med att man konstaterat att det — i situationer då någon söker behandling — i bakgrunden ofta finns någon form av myndighetspress som bidrar till beslutet att söka vård mot missbruket.

Den tidigare ganska allmänt omfattade motviljan att utnyttja mer eller mindre utpräglade tvångssituationer i behandlingsarbetet tycks ha minskat. Ett exempel på det är det intresse som nu finns från narkomanvården att samarbeta inom ramen för s k § 34-placeringar. I det sammanhanget betonas från både narkoman- och kriminalvårdens håll ofta att placeringarna bör göras så tidigt som möjligt under verkställighetstiden. Erfarenheterna talar för att möjligheterna att behandlingen fortsätter efter den villkorliga frigivningen därigenom ökar.

Utvecklingen av samarbetet mellan socialtjänsten och kriminalvården är enligt vår mening ett av de mera positiva inslagen inom narkomanvården på senare år. Det bör i sammanhanget framhållas att det utvecklingsarbete som nu pågår präglas av ett starkt engagemang från båda sidor. De frivilliga organisationernas insatser är också av stor betydelse.

Erfarenheterna visar också att kriminalvården är ett tacksamt fält för den uppsökande verksamheten. Få missbrukare avvisar en kontakt med socialtjänsten när de befinner sig på häkten och kriminalvårdsanstalter. Kontakterna kan leda till att långsiktiga behandlingsinsatser kommer till stånd under eller efter verkställighetstiden. I de fall man kan erbjuda en § 34-placering ställs missbrukaren inför ett val att antingen avtjäna straffet i en kriminalvårdsanstalt eller att göra det genom någon form av behandling. Det kan vara den öppning som behövs för att han eller hon skall ta steget in på ett behandlingshem eller till familjevård. Det kan vidare — som vi återkommer till i kapitel 8 — ha klara behandlingsmässiga fördelar att arbeta med indirekt tvång, t ex i form av § 34-placeringar, framför att arbeta med direkt tvång. Klienten kan själv sägas välja att söka sig till behandling.

Det vore vidare önskvärt att de enheter inom socialtjänsten som arbetar med alkoholmissbrukarna i ökad utsträckning sökte liknande samverkansformer med kriminalvården. Intrycket är att tunga alkoholmissbrukare ofta "glöms bort" när de döms till påföljd inom kriminalvården. Detta betyder dock inte att ingenting görs. Det förekommer naturligtvis värdefulla kontakter mellan socialtjänsten och kriminalvården också i dessa fall. Även alkoholmissbrukare bereds i viss utsträckning möjligheter till § 34-placeringar. Men insatserna har hittills varit relativt begränsade.

7.3.5 Många missbrukare avbryter behandlingen

Problemet med den begränsade räckvidden har ytterligare en aspekt; många av de missbrukare som socialtjänsten inleder en behandlingskontakt men avbryter den i förtid. Problemet handlar således, som en narkomanvårdare framhöll på socialberedningens hearing om narkomanvården i maj 1986, inte enbart om att få kontakt med nya klienter. Det är också viktigt att fråga sig "vart alla de gamla har tagit vägen". Samma socialarbetare berättade att en inventering visade att den narkomanvårdsbas, som hon arbetade på, hade tappat kontakten med 200 av sina tidigare klienter.

Detta belyser ett generellt problem i arbetet med tunga missbrukare. Efter en tids envetet motivationsarbete ger man ofta upp och söker sig mot nya klienter. Det är svårt att upprätthålla engagemanget i ett motivationsarbete som drar ut på tiden och inte ger några synliga resultat. Samtidigt framstår det, inte minst inom narkomanvården, som mer angeläget än någonsin tidigare att försöka hålla kvar de klienter som inte av egen kraft förmår upprätthålla en behandlingskontakt.

En sådan utveckling av arbetet sker också i viss utsträckning. En förstärkning av motivationsarbetet förutsätter emellertid att det finns behandlingsresurser som kan möta vårdbehoven. Det ligger i sakens natur

att ett intensifierat arbete leder till ett ökat tryck på övriga led i vårdkedjan. Det stora problemet inom narkomanvården förefaller nu att vara bristen på avgiftningsplatser, motivationshem och familjevårdsplatser. Därtill kommer att det finns vissa grupper av missbrukare som är svårplacerade på de befintliga behandlingshemmen. Det rör sig främst om missbrukare som kräver en särskilt anpassad behandling, t ex prostituerade kvinnliga missbrukare och missbrukare med allvarliga psykiska störningar.

7.4 Behovet av långsiktigt stödjande insatser

Som framhölls i kapitel 5 måste man ställa realistiska förväntningar på vad som kan åstadkommas med vårdinsatser. Det gäller inte minst i förhållande till de mest utslagna missbrukarna. Missbrukarvården råder endast i begränsad utsträckning över de omständigheter som kan leda till varaktiga förbättringar av missbrukarens situation. Om behandlingen skall lyckas eller inte beror i hög grad på faktorer som det ligger utanför vårdens möjligheter att påverka.

Erfarenheterna från behandlingsforskningen visar att behandling av alkoholmissbrukare visserligen ger effekter på kort sikt men att effekterna sällan är varaktiga. Enstaka vårdtillfällen kan inte — annat än tillfälligt — åstadkomma några förbättringar av de tunga missbrukarnas livssituation. Även tillfälliga uppehåll i missbruket har emellertid betydelse, inte minst för missbrukarnas hälsa. En annan betydelsefull faktor i sammanhanget är att upprepade vårdtillfällen för avgiftning och annan sluten vård i kombination med stödinsatser i öppenvård ofta kan bidra till betydelsefulla förbättringar till och med av de mest utslagna missbrukarnas situation — särskilt om insatserna ges inom ramen för en långsiktig och samordnad vård.

Liknande iakttagelser har gjorts inom narkomanvården. En annan positiv faktor är att de tunga narkotikamissbrukarna tenderar att mogna ur sitt missbruk, en omständighet som kan utnyttjas i behandlingsarbetet. Genom behandlingsinsatser kan man i gynnsamma fall påskynda och underlätta en mognadsprocess som i annat fall skulle ha utvecklats långsammare.

Detta är en viktig aspekt i allt behandlingsarbete. Som tidigare nämnts framhåller Lars Lindström i sin avhandling om vården av alkoholmissbrukare (1986) att behandling bäst låter sig förstås som en metod att bana väg för s k spontanläkning. Människor kan som en följd av behandling välja, förändra och skapa levnadsomständigheter som i sin tur omvandlar dem själva. En helnykter period som inletts med stöd av behandling skapar ett förändringsutrymme som tillåter andra sociala och psykiska motiv än alkoholberoendet att göra sig gällande. Klienten finner kanske en ny livspartner som vägrar att acceptera hans tidigare alkoholvanor eller han skaffar sig en ny grupptillhörighet som är oförenlig med fortsatt drickande, t ex medlemsskap i länkrörelsen eller i någon religiös rörelse.

En annan viktig iakttagelse som Lindström refererar till är att valet av behandlingsinsatser har betydelse för missbrukarnas utsikter till förbätt-

ring. En mer medveten och konsekvent samordning av klienter och åtgärder kan leda till förbättrade behandlingsresultat. Detta är viktigt inte minst med tanke på att vissa slag av behandling kan göra vissa klienter sämre än vad de skulle ha blivit med ingen eller minimal behandling. Som exempel på behandling som kan ge sådana negativa effekter kan nämnas konfrontativ gruppterapi för missbrukare med allvarliga psykiska störningar.

En omständighet som kan tyckas självklar är relationens betydelse i behandlingsarbetet. Allt framgångsrikt behandlingsarbete förutsätter fasta och djupa kontakter mellan behandlare och klient:

"En god behandlare fungerar som ett yttre överjag, en levande påminnelse om alkoholens nedbrytande roll i klientens liv. Överjaget är den psykiska instans som ställer moraliska krav och motverkar att alkoholister ger efter för sitt alkoholbegär. Men liksom kärleksfull uppfostran tycks framgångsrik behandling förutsätta att krav och inlevelse förenas. Överjagstödet förefaller bli verkligt effektivt endast inom ramen för vad psykologen Lester Luborsky kallar en hjälpallians, dvs en behandling eller en medmänsklig relation vilken klienten upplever som hjälp, eller en möjlig hjälp, att nå de egna målen" (Lindström 1986 sid 344 f).

Resonemanget om "överjagsstödet" bör ses i ett vidare perspektiv när det gäller de tunga alkohol- och narkotikamissbrukarna. Missbruket är sällan det enda område som de har svårt att kontrollera. Ofta präglas hela livssituationen av ett planlöst och impulsstyrt handlande. Behandlingssituationen måste struktureras så att den kan erbjuda missbrukaren gränssättning och kontroll även i dessa avseenden. Behandlarens engagemang och förmåga att etablera en god känslomässig kontakt med klienten är av avgörande betydelse i sammanhanget liksom dennes förmåga att se bakom missbrukarens beteende. Den tunga missbrukaren har visserligen etablerat ett destruktivt handlingsmönster där missbruket spelar en väsentlig roll, men den faktor som vidmakthåller detta mönster är den problemfyllda livssituationen. Behandlingsinsatser med tunga missbrukare måste planeras långsiktigt och — som Lindström också framhåller — förenas med en beredvillighet att acceptera återfall. Behandlingsinsatser väger lätt mot vanor som hunnit utvecklas under kanske 10 till 20 år. Dessutom är som framhållits utsikterna till en förändrad livsföring avhängiga ett flertal yttre faktorer som varken behandlare eller klienter ensamma förmår påverka.

Därmed är inte sagt att missbrukarvården passivt skall åse hur missbrukaren går ned sig på nytt och vänta på att han eller hon blir motiverad för ett nytt behandlingsförsök — eller blir "LVM-mässig". Ett viktigt inslag i en långsiktig missbrukarvård är att inte släppa taget. Stora ansträngningar måste göras för att motivera klienten att fullfölja påbörjade behandlings- och andra stödinsatser. Det finns också — som vi återkommer till i senare kapitel — situationer då tvångsvård kan behöva tillgripas. Tilläggas bör också att helnykterhet inte är det enda kriteriet på framgång. För den mest utslagna gruppen måste en minskad alkoholkonsumtion och förbättringar av levnadsvillkoren i övrigt ses som goda behandlingsresultat.

Som framgått utformas vårdinsatserna för de tunga missbrukarna of-

tast inte så att de ger utrymme för "överjagsstöd" i den mening som här beskrivits. Det bristande samarbetet mellan olika vårdsektorer och myndigheter som kommer i kontakt med missbrukare är ett av de största problemen inom missbrukarvården. Missbrukarna roterar i stor utsträckning runt i vårdsystemet utan att någonstans erhålla någon mer långvarig och betydelsefull kontakt. Kerstin Tunving, en av författarna till den tidigare refererade studien från S:t Lars sjukhus i Lund, gör följande kommentar till studien i en tidningsintervju:

"Många missbrukare lever i en pseudovärld där de springer runt till socialen, kriminalvården, arbetsförmedlingen med mera. Det vimlar av välvilliga sociala kontakter samtidigt som det är en avsaknad av samling inför uppgiften. Det förekommer en massa meningslöst surr kring de här människorna" (Slå tillbaka nr 3/86).

Till bilden hör också att insatserna tenderar att bli särskilt splittrade i fråga om de tyngsta och mest svårbehandlade missbrukarna. Till den gruppen hör bl a de klienter som förutom sitt missbruk har allvarliga psykiska störningar. De definieras ofta inte som klienter inom något vårdområde. De hänvisas till psykiatrin från socialtjänsten med hänvisning till de psykiska problemen och från psykiatrin till socialtjänsten med hänvisning till missbruksproblemen. Ingen vårdsektor anser sig ha kompetens att möta dessa klienters behandlingsbehov. Samtidigt rör det sig om en grupp klienter som på grund av de allvarliga personlighetsstörningarna har särskilt stort behov av kontinuerliga, långvariga och djupa behandlingskontakter. Crafoord säger (1980) att ett erbjudande om en lång tids kontakt med kontinuitet som viktigaste kvalitet kan hos personer med svåra psykiska störningar säkerligen uppväga kontakten med aldrig så kvalificerade terapeuter.

Detta är av förklarliga skäl en viktig aspekt även i behandlingsarbete med tunga missbrukare som inte uppvisar några tecken på allvarliga psykiska störningar. Bakom missbruksproblemen döljer sig ofta ensamhet, isolering, brist på självförtroende, relationsproblem och avsaknad av livsinnehåll.

Det krävs således en inriktning av arbetet som gör det möjligt att se den kontinuerliga och långsiktiga relationen som ett viktigt arbetsinstrument. Detta förutsätter i sin tur att den instans som har — eller bör ta — huvudansvaret för den långsiktiga kontakten fungerar som samordare i den kedja av myndigheter och vårdorgan som missbrukaren har kontakt med. Det är också angeläget att det i behandlingsarbetet ingår att man arbetar tillsammans med familj, anhöriga och klientens sociala nätverk i övrigt. Eftersom stöd- och behandlingsarbete med tunga missbrukare i de allra flesta fall förutsätter långvariga kontakter är det ofta inte realistiskt att räkna med att samma socialarbetare kan svara för kontakten med missbrukaren under hela processen. Men man kan åstadkomma kontinuitet genom att se till att missbrukaren knyts till ett team eller en vårdenhet. Den som slutar lämnar över till någon annan som känner klienten.

Ansvaret för de långsiktiga insatserna måste i de flesta fall ligga på socialtjänstens öppenvård, antingen på socialbyråerna eller på någon specialenhet för missbrukare; s k basstationer, alkoholpolikliniker, nar-

komanvårdsbaser etc. I detta ansvar ligger att upprätthålla kontakten med klienten under hela behandlingsförloppet oavsett var i vårdsystemet vederbörande för tillfället vistas. Institutionsvård måste — i de fall sådan blir aktuell — fungera som ett led i en sammanhållen vårdkedja och får inte innebära att kontakten mellan socialtjänsten och den enskilde klienten bryts. Socialtjänsten har ansvaret för förberedelser inför, kontakten under och uppföljningen av insatserna efter institutionsvistelsen — även om det omedelbara behandlingsansvaret ligger på institutionsledningen under den tid klienten vistas där. En liknande ansvarsfördelning bör eftersträvas när klienten vistas på en kriminalvårdsanstalt eller bereds akut- och avgiftningsvård inom sjukvården.

I det långsiktiga behandlingsansvaret ligger också att samverka med de andra vårdinstanser och myndigheter som klienten kan ha kontakt med. Syftet bör vara att få till stånd samordnade och planerade insatser och så långt som möjligt undvika att klienten roterar mellan olika myndigheter och vårdorgan.

En sådan inriktning av arbetet skapar utrymme för insatser som grundar sig på en noggrannare bedömning av den enskilde missbrukarens behandlingsbehov. I dag styrs ofta inte behandlingsinsatserna i tillräcklig omfattning av sådana bedömningar. Lindström konstaterar att svenska undersökningar ger intryck av att det ofta är tillfälligheter snarare än medvetna val som avgör i vilket behandlingsprogram den enskilde alkoholmissbrukaren hamnar. En liknande bild tecknas i en studie av en narkomanvårdskedja (Hellqvist 1984). Mycket talar för att vårdinsatserna tenderar att bli särskilt oplanerade för de tyngst belastade missbrukarna. Avsaknaden av möjligheter att erbjuda ett tillräckligt stöd i öppna former i kombination med att missbruket är allvarligt leder till snabba remitteringar till olika andra vårdalternativ.

Det är viktigt att se att de tunga missbrukarna ofta har en socialmedicinsk problematik, dvs både en svår social situation och omfattande medicinska och psykiatriska vårdbehov. Oftast räcker det inte med socialsekreterarbedömningar. Det är också nödvändigt att ha tillgång till psykiatrisk och medicinsk expertis.

Det finns särskilt skäl att understryka behovet av en ökad samverkan mellan socialtjänstens missbrukarvård och psykiatrin. Som tidigare framgått utgör av allt att döma missbrukarna med allvarliga psykiska störningar en växande grupp inom såväl missbrukarvården som psykiatrin.

Socialberedningen anser att en effektivare samordning av socialtjänstens och psykiatrins resurser är en grundläggande förutsättning för att de missbrukare som har allvarliga psykiska störningar skall kunna beredas adekvat vård. Några detaljerade regler för ansvarsfördelningen mellan landstingen som ansvariga för psykiatrin och primärkommunerna som ansvariga för socialtjänsten har inte lämnats i förarbetena till socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen. Socialtjänsten har huvudansvaret för vård och behandling av missbrukare men vissa uppgifter inom missbrukarvården faller på psykiatrin. Socialstyrelsen säger i skriften "Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård" (Socialstyrelsen anser 1980:2) följande om ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och den psykiatriska vården:

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

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

Socialstyrelsens uttalanden ger entydig vägledning i fråga om ansvarsfördelningen i ett par avseenden, nämligen i fråga om psykiatrins ansvar för avgiftning och behandling av akuta psykiska komplikationer till missbruket. Som konstaterats i kapitel 4 har också utvecklingen under de senaste två decennierna inneburit ett kraftigt ökat inslag av missbrukare i den psykiatriska vården. Flertalet av de vårdperioder som har behandling av missbruk som primärt syfte är kortvariga, vilket kan tolkas som att missbrukarna under senare år i större utsträckning än tidigare har fått sina behov av avgiftning och vård för akuta psykiska sjukdomstillstånd tillgodosedda inom psykiatrin.

Ansvarsfördelningen i fråga om de långsiktiga rehabiliteringsinsatserna i de fall "missbruket kan ses som en komplikation till en psykisk störning" är mer oklar. Detta hänger delvis samman med att det ofta kan vara svårt att avgöra om problematiken domineras av psykiska störningar eller av missbruk.

Till bilden hör också att missbrukare med allvarliga psykiska störningar ställer vården inför mycket stora problem. De är ofta utagerande, självdestruktiva och svårhanterliga på andra sätt och kräver särskilt anpassade vårdarrangemang. Därvid brukar bl a framhållas behovet av en individualiserad, långsiktig behandling under skyddande former. Ingen vårdsektor har i tillräcklig omfattning utvecklat behandlingsmetoder som tar hänsyn till kombinationen av missbruk och allvarliga psykiska störningar. Ingen anser sig följaktligen ha tillräckliga möjligheter att möta vårdbehoven.

Det förefaller som om huvudmännen tenderar att göra så snäva avgränsningar av sina respektive ansvarsområden att en relativt stor andel av de psykiskt störda missbrukarna hamnar "mellan stolarna" i vårdsystemet.

Beredningen har intrycket att en bidragande orsak till problemen med gränsdragningen mellan psykiatrins och socialtjänstens ansvarsområden vad avser de psykiskt störda missbrukarna är skillnader i uppfattningar om i vilka fall missbrukarnas problematik domineras av psykiska störningar. Socialtjänsten anser inte sällan att psykiatrin gör en alltför snäv definition av vad som skall betecknas som psykiska störningar för att på det sättet frånhända sig vårdansvaret för missbrukare som självklart borde falla inom dess ansvarsområde.

Frågan behandlades i propositionen (1984/85:19) om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik. Där framhöll föredragande statsrådet bl a att psykiatrin och därmed landstingen har ett självklart vårdansvar

för patienter, där narkotikamissbruket är en del av en tyngre psykiatrisk problematik. Därför måste man kräva att psykiatrin tar sig an dessa problem. Hon underströk vidare

"att det är helt oacceptabelt att dessa klienter, som har dubbla symtom och särskilt stora vårdbehov, inte kan erbjudas adekvat vård och ibland inte någon vård överhuvud taget. F n pågår en utbyggnad av en decentraliserad psykiatrisk vård. Utöver en utbyggnad av öppenvården kommer differentierade och decentraliserade mindre behandlingshem att tillskapas för olika patientkategorier, som är i behov av långtidsvård. Att i det skedet acceptera att psykiatrin skall befrias från en uppgift som självklart ligger inom dess arbetsområde kan inte komma ifråga. Det är mot denna bakgrund ytterst angeläget att landstingen, som en del av den förändring som psykiatrin f n genomgår, utvecklar vårdresurser för långsiktig rehabilitering av missbrukare med allvarliga psykiska störningar. I sammanhanget vill jag särskilt nämna behovet av mindre behandlingshem, som kan erbjuda en kvalificerad behandling."

Det anförda rör narkotikamissbrukare med allvarliga psykiska störningar men har självfallet också giltighet ifråga om alkoholmissbrukarna.

Socialberedningens förslag

Beredningen vill understryka vikten av att socialtjänstens och psykiatrins roller och ansvarsområden i fråga om de psykiskt störda missbrukarna klargörs. Detta bör emellertid inte ske genom att något av dessa vårdområden ensidigt deklarerar var dess ansvarsgränser går. I stället krävs en gemensam planering av socialtjänstens och psykiatrins insatser i syfte att skapa ett bättre underlag för bedömningen av dels vilka resurser som krävs för att möta dessa missbrukares behov av vård och stöd, dels vilken huvudman som skall ha behandlingsansvar i olika skeden av rehabiliteringen. Eftersom missbrukarna i allmänhet har behov av såväl psykiatriska som psykosociala insatser måste frågan om samverkan mellan de båda vårdområdena ägnas särskild uppmärksamhet. Beredningen föreslår att regeringen ger socialstyrelsen i uppdrag att med utgångspunkt från vad som anförts i detta avsnitt och i samråd med landstings- och kommunförbunden utarbeta en plan för hur vården av psykiskt svårt störda missbrukare kan förbättras bl a genom ett förstärkt samarbete mellan socialtjänst och psykiatri.

7.5 Missbrukarna och arbetsmarknaden

De tunga missbrukarnas förankring på arbetsmarknaden har försvagats drastiskt under den senaste 20-årsperioden (se kapitel 5).

Den huvudsakliga orsaken till detta kan sökas i strukturella förändringar på arbetsmarknaden. Samtidigt som det nu i Sverige finns både fler arbetstillfällen och fler i arbete än någonsin tidigare, har också konkurrensen om arbetstillfällena blivit allt hårdare. År 1975 fanns i genomsnitt 63 lediga jobb på 100 arbetssökande. År 1985 var motsvarande tal 26 per 100 sökande. Utbudet av lediga jobb har gått ned långsiktigt. I mitten av 1960-talet motsvarade antalet platser som varje månad anmäldes till

arbetsförmedlingen 2,5 procent av arbetskraften. I mitten av 1980-talet har denna siffra sjunkit till under en procent.[1]

Även kvalitativt har arbetsmarknadsläget förändrats. Allt fler lediga platser utanonnseras med krav på särskild utbildning eller erfarenhet. Inom tillverkningsindustrin har andelen lediga jobb med sådana krav under 1980-talet stigit från 48 procent till 67.[1]

Dessa förändringar utgör en mycket viktig del av förklaringen till missbrukarnas svårigheter att hävda sig på arbetsmarknaden och därmed att genom arbete klara sin försörjning. Även personer utan missbruksproblem, men utan utbildning eller med icke efterfrågad utbildning och bristande arbetslivserfarenheter möter betydande problem i strävan att få en fast förankring på arbetsmarknaden. Detta speglas också i de för svenska förhållanden höga arbetslöshetstalen under större delen av 1980-talet.

En ljusglimt i sammanhanget är dock att antalet arbetshandikappade med anställning på den öppna marknaden har kunnat öka. I början av 1980-talet, budgetåret 1980/81, placerades ca 8 000 arbetshandikappade utan lönebidrag och ca 4 000 med lönebidrag på den öppna marknaden. Budgetåret 1985/86 hade antalet ökat till 9 000 utan lönebidrag och 6 000 med lönebidrag.[1] Andelen socialmedicinskt handikappade, vilket är AMS-statistikens begrepp för sökande med bl a missbruksproblem, kan inte utläsas ur statistiken på denna punkt.

Hur situationen mer exakt ser ut när det gäller tillgång till arbetsmarknadspolitiska stödåtgärder för missbrukare är med tillgänglig statistik svårare att få grepp om. Andelen socialmedicinskt handikappade inom Samhällsföretag har ökat från 15 procent år 1983 till 18 procent år 1985. Samtidigt har antalet platser inom Samhällsföretag ökat från ca 24 800 år 1983 till 26 500 år 1985.

År 1985 infördes en ny form av skyddad sysselsättning, främst för personer med missbruksproblem, hos offentliga arbetsgivare, s k offentligt skyddat arbete. Omkring 5 000 personer hade sådant arbete år 1986. Införandet av denna stödform innebar endast ett marginellt sysselsättningstillskott för missbrukare, eftersom den avlöste ett system av mer eller mindre ständigt återkommande beredskapsarbeten. Beredskapsmedlen räknades ned i proportion till antalet platser inom det offentligt skyddade arbetet när denna stödform infördes. Reformen torde snarare ha medfört en kvalitativ förbättring för de berörda, i form av större trygghet och kontinuitet i anställningen, än en kvantitativt ökad tillgång till arbetstillfällen.

Införandet av det s k introduktionsbidraget år 1984 har enligt AMS haft särskilt stor betydelse för sökande med socialmedicinska handikapp. Introduktionsbidraget innebär att arbetsgivaren får 90 procent av lönekostnaden täckt av bidrag från arbetsförmedlingen under en period motsvarande sex månaders heltidsanställning. Efter denna period kan lönebidrag utgå efter särskild prövning.

---

[1] AMS: Särskild rapport inför treårsbudgeten, budgetåren 1988/89, 1989/90, 1990/91. Mars 1987.

Denna, från arbetsmarknadspolitisk utgångspunkt, ljusare bild av möjligheterna till sysselsättning för arbetssökande med missbruksproblem är inte samstämmig med den mycket dystra bild av de tunga missbrukarnas anknytning till arbetsmarknaden som givits i kapitel 5. En delförklaring till detta kan sökas i att antalet personer med missbruksproblem totalt sett sannolikt har ökat under de senaste tjugo åren. En annan förklaring torde ligga i att de missbrukare som kommer ifråga för arbetsmarknadspolitiska åtgärder inte har så svåra missbruksproblem som de tunga missbrukare vilka åsyftas i den ovannämnda redovisningen.

Insikten om svårigheterna för missbrukare att få arbete finns självklart inom socialtjänsten. Socialarbetaren är ofta medveten om att kravet på att en arbetslös socialbidragstagare aktivt skall söka arbete mer är en formalitet än ett krav i sak.

De svårigheter socialtjänstens missbrukande klienter möter i kontakten med arbetsmarknaden får emellertid inte leda till att arbetskravet luckras upp. Samtidigt bör socialtjänstens insatser präglas av medvetenhet om att arbetskravet ser olika ut för olika grupper av klienter med missbruksproblem.

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

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

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

Det har tidigare i debatten om missbrukarna och arbetsmarknaden i ett flertal sammanhang framhållits att arbetsförmedlingarna ofta upplever ett starkt tryck både från andra myndigheter och missbrukarna själva att ordna lämplig utbildning, beredskapsarbete eller praktikplats i rehabiliteringssyfte. I många fall får förmedlingen — ibland efter flera fruktlösa försök — konstatera att den sökande inte har förutsättningar att tillgodogöra sig de insatta åtgärderna eller fullfölja en utbildnings- eller arbets-

placering. Dessa problem har tagits upp i bl a Ds S 1984:11 Offensiv narkomanvård II och berörs även i prop 1984/85:19 om en samordnad och intensifierad narkotikapolitik.

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

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

Socialberedningen ser det för sin del inte som acceptabelt att arbetsmarknadsmyndigheterna ställer krav på att arbeta enbart med helt färdigrehabiliterade arbetssökande. Ett gott samarbete mellan i första hand socialtjänsten och arbetsförmedlingen är en förutsättning för en framgångsrik rehabiliteringsverksamhet. Men samverkan krävs också med andra myndigheter och organisationer om rehabiliteringsinsatserna skall kunna göras så fullständiga och individuellt anpassade som möjligt.

Att arbete är ett nödvändigt inslag i missbruksbehandling på olika stadier har också varit utgångspunkt för en rad projekt som under senare år har startats på olika håll i landet.

Ett sådant projekt är FIM i Malmö (se avsnitt 5.6.4) som synes ha lett till en högre grad av socialt fungerande i en mycket vårdkrävande grupp av missbrukare.

De s k rehab-teamen i Stockholm är exempel på en annan projektverksamhet där siktet är inställt mot arbete (se avsnitt 5.6.4). I en utvärdering av verksamheten i januari 1987 konstateras att programmets styrka varit ett samarbete med länsarbetsnämnden. Det sägs vidare:

"Rehab-teamens trovärdighet utgår ifrån att det går att ordna arbete åt de klienter som vill och kan arbeta. Programmet kan aldrig bli ett självändamål utan måste alltid kopplas till klientens tillvaro efter programmet. Därför måste det finnas tillgång till beredskapsarbete och offentligt skyddat arbete."

LO:s utslussningsprojekt, som är upplagt på landsomfattande bas, bärs också upp av tanken på arbetet som ett centralt inslag i rehabiliteringsarbetet. Projektet tar som namnet antyder sikte på institutionsvårdade. Tanken bakom projektet är att planeringen för arbete skall finnas med redan då institutionsvården påbörjas och ligga med under hela vårdtiden för att när institutionsvården avslutas leda till ett arbete, som klienten också skall ges förutsättningar att behålla genom aktivt stöd av arbetsgi-

vare, arbetskamrater och fack, som tillsammans kan bilda ett nätverk till stöd för återgången till ett normalt liv. Någon slutlig utvärdering har ännu inte gjorts, men vissa slutsatser och iakttagelser har redovisats. En av dem är att man funnit att det på vissa håll ställs upp lokala regler med krav på viss tids drogfrihet eller krav på fast bostad för att få verksam hjälp från arbetsförmedlingen.

Ytterligare projekt skulle kunna nämnas som utgår från insikten att arbetsrehabiliteringen utgör en integrerad del av behandlingsarbetet.

Bristen på samverkan mellan olika rehabiliterande instanser har uppmärksammats även av socialdepartementets s k socialbidragsgrupp, som i sin slutrapport nyligen redovisade orsakerna till ökningen av socialbidragen under den första delen av 1980-talet. I rapporten konstateras bl a att en femtedel av socialbidragstagarna hade svårt att få arbete av psykosociala eller socialmedicinska skäl. Gruppen domineras av yngre personer. Vidare konstateras att dessa socialbidragstagare behöver stöd från såväl socialtjänsten som arbetsförmedlingen för att få en förankring på arbetsmarknaden. Enligt vad beredningen erfarit kommer socialdepartementet och arbetsmarknadsdepartementet att ta initiativ till insatser som kan förstärka gruppens anknytning till arbetsmarknaden. Insatserna skall inriktas såväl på att utveckla socialtjänstens metoder som samarbetet mellan socialtjänsten och arbetsförmedlingen. I en första omgång anslås två miljoner kronor till detta utvecklingsarbete.

Beredningen har i ett tidigare delbetänkande behandlat frågan om rehabiliteringspenning till missbrukare (Ds S 1987:17). Detta betänkande har såvitt avser denna fråga överlämnats till rehabiliteringsberedningen (S 85:02). Frågan om rehabiliteringspenning utgör en viktig fråga i detta sammanhang. Därutöver krävs enligt socialberedningens mening nya former för en generellt bättre samordning av resurserna. Det ligger utanför socialberedningens uppdrag att lägga fram detaljerade förslag av denna innebörd.

Beredningen vill emellertid peka på en modell för hur en sådan samverkan skulle kunna byggas upp. Modellen har nyligen diskussionsvis presenterats av arbetsmarknadsstyrelsen. Förslaget utgår ifrån att det finns ca 10 000 sökande vid arbetsförmedlingarna som har så svåra problem att de trots olika insatser inte kunnat få eller behålla ett arbete. Nuvarande åtgärder leder alltför sällan till bestående resultat vilket beror på brister i organisation, målsättning och finansiering. Detta drabbar både de utslagna eller de som är på väg att slås ut därför att de inte får adekvat hjälp och stöd, och de som arbetar inom rehabiliteringen, vilka ofta får uppleva att de egna insatserna är otillräckliga för att åstadkomma resultat och slutligen även medborgarna som skall finansiera verksamheten. Detta leder lätt till att kritik och missnöje vänds mot de utslagna eller de som riskerar att slås ut, men också mot personalen inom vården, socialtjänsten, försäkringskassan och arbetsförmedlingen.

Systemets brister kan enligt AMS förklaras av resurstilldelningen och sektorsgränserna mellan rehabiliteringsansvariga instanser. Medel anslås på tre politiska nivåer; staten, landstingen och kommunerna. Staten anslår pengar till försäkringskassan och arbetsförmedlingen/arbetsmarknadsinstituten, landstingen till hälso- och sjukvården och kommu-

nerna till socialtjänsten. För varje institution finns en huvudman, ett mål och en finansiering. Det innebär att det finns ett "staket" runt varje institution. Organisationen är gjord för personer som bara har ett enda problem. Men det som kännetecknar missbrukarna är att de har flera problem, ofta av komplex natur, och att det krävs insatser av flera slag ofta samtidigt. Huvudmannaskapsgränserna gör det svårt att se helheten i behovsbilden och utgör ofta hinder för det praktiska arbetet.

AMS menar att det måste finnas en starkare koppling mellan individens behov av hjälp och tillgången till personella och ekonomiska resurser, så att rätt slag av insatser kommer till stånd vid rätt tidpunkt.

Det krävs också en starkare koppling mellan de olika institutionernas insatser och tillförseln av ekonomiska resurser. Den institution som kan erbjuda effektiva tjänster skall tillföras ekonomiska resurser för just dessa tjänster. Därmed ökas intresset att verkligen göra en insats.

Förslaget till lösning ser ut på följande sätt:

1. Staten, genom sjukförsäkringen, landstinget och kommunen lämnar anslag till en gemensam reha-fond. En sådan fond bör finnas i varje kommun. Fondens uppgift är att finansiera individuella handlingsprogram som skall leda fram till bestämda mål eller delmål. Fondens styrelse utgörs av representanter för stat, kommun och landsting.

2. En reha-grupp tillsätts med representanter för de rehabiliterande instanserna såsom socialtjänst, arbetsförmedling, försäkringskassa, sjukvård etc. Reha-gruppen har till uppgift att definiera vilka försäkringstagare/klienter/arbetssökande som behöver en samlad reha-insats, att göra en handlingsplan och att beräkna kostnader för att genomföra den.

3. Reha-gruppen vänder sig till reha-fonden för att få insatserna finansierade. Styrelsen beslutar om ekonomiska insatser.

4. De ekonomiska resurserna för personalinsatser, behandling, utbildning, praktik, arbetsträning m m tillförs respektive institution i den takt som åtgärderna genomförs.

Socialberedningens förslag

Socialberedningen anser sig inte ha möjlighet att värdera enskildheterna i denna konstruktion. Modellen utgör emellertid enligt beredningens mening ett intressant uppslag för hur en förstärkt samverkan mellan vårdinstanserna, försäkringskassan och arbetsförmedlingen skulle kunna organiseras. Det vore värdefullt om nyttan av denna och kanske andra liknande modeller kunde prövas praktiskt i en försöksverksamhet i olika delar av landet. Socialberedningen föreslår att arbetsmarknadsstyrelsen får i uppdrag att i samråd med socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet dra upp riktlinjer för en sådan försöksverksamhet.

7.6 De frivilliga organisationernas roll

De frivilliga organisationerna spelar en stor och under senare år växande roll i arbetet med missbrukare. Länkrörelsen, klientorganisationerna,

fackliga och religiösa sammanslutningar deltar på många olika sätt i detta arbete; alltifrån opinionsbildning och förebyggande insatser till rådgivning, stöd och hjälp åt enskilda missbrukare och även rena vård- och behandlingsinsatser bl a i form av institutionsvård.

De frivilliga organisationernas arbete utgör ett viktigt komplement till den offentliga vårdens insatser. I många sammanhang har de bidragit till utvecklingen av nya metoder och synsätt i arbetet med missbrukare. Ibland har de också uppmärksammat grupper och problem som varit eftersatta inom den offentliga vården.

Socialberedningen har tidigare, i betänkandet (SOU 1986:19) Aktuella socialtjänstfrågor, behandlat föreningslivet och socialtjänsten. Där betonade beredningen bl a att föreningslivet och de frivilliga organisationerna spelar en stor och viktig roll i samhällslivet och aktivt bidrar till ett förverkligande av socialtjänstlagens övergripande mål om demokrati, jämlikhet, solidaritet och trygghet.

De frivilliga organisationerna har sin största betydelse inom detta område när det gäller insatser för att förebygga att missbruksproblem överhuvud taget uppkommer. Nykterhetsrörelsen och klientorganisationerna tar aktiv del i den socialpolitiska debatten och bidrar till att påverka samhällets attityder till droger. Genom information sprider organisationerna kunskap om alkohol och droger liksom om negativa sociala och medicinska konsekvenser av missbruk. En restriktiv inställning till alkohol och droger har betydelse för att förhindra uppkomst av missbruk. Ett starkt föreningsliv är också betydelsefullt för att bryta isolering och skapa gemenskap. Inte minst ungdomsorganisationerna har här en viktig uppgift när det gäller att aktivera ungdomar och bidra till att skapa förhållanden och miljöer som motverkar uppkomsten av en drogkultur.

De frivilliga organisationerna fyller också en viktig uppgift när det gäller att möta och motverka en begynnande utslagning av människor med missbruksproblem. En stor majoritet av dem som överkonsumerar eller missbrukar alkohol har kvar sin sociala förankring och kommer ofta inte i kontakt med socialtjänsten. Den hjälp de kan få av sin närmaste omgivning är ofta utslagsgivande för hur deras missbruksproblem utvecklas. Här spelar de frivilliga organisationerna en viktig roll. Ett exempel är kamratstödjande insatser på arbetsplatserna. Denna verksamhet, där arbetskamrater stödjer andra som befinner sig i utsatta sociala situationer, har vuxit kraftigt under de senaste åren. På vissa håll har fackföreningarna särskilda fackliga socialrådgivare som en stödresurs för medlemmarna i kamratstödsarbetet. Ibland har också samarbete etablerats mellan de fackliga organisationerna och socialtjänsten. Ett exempel på detta är det s k LO-projektet i Göteborg. Socialtjänstens insats består här i att handleda och utbilda fackets medlemmar. De direkta stödinsatserna sköts på arbetsplatsen. Förhoppningen är att samarbetet skall bidra till att förhindra utslagning från arbetslivet och på så sätt motverka att problemen befästs och fördjupas. Verksamheten är ett positivt exempel på hur ett samarbete mellan de frivilliga organisationerna och socialtjänsten kan utvecklas.

Idén bakom det kamratstödjande arbetet — att människor tar ansvar för och hjälper sina kamrater, även när de har problem — är naturligtvis

inte ny. Den kan tvärtom sägas vara en form av praktisk solidaritet som har gamla rötter i de svenska folkrörelserna. En sammanslutning som knyter an till denna folkrörelsetradition är Hassela-Solidaritet. Organisationen är inriktad på ungdomar och ungdomsmissbruk. Ett viktigt inslag i den praktiska verksamheten är kamratstöd i skolan. Verksamheten innebär att arbetslösa ungdomar, efter utbildning på Hasselakollektivet, får börja arbeta i skolan. Meningen är att dessa ungdomar skall fungera som positiva förebilder för skolans elever och samarbeta med lärarna och den övriga skolpersonalen.

Verdandis sociala kontaktverksamheter i bostadsområden är ett annat exempel på hur de frivilliga organisationerna kan bidra till att utveckla positiva miljöer och skapa eller förstärka konstruktiva sociala nätverk. Verksamheten bygger på uppsökande kontaktarbete, gemenskapsaktiviteter i lokaler i bostadsområdena, på resor och kurser samt ett demokratiskt arbetssätt. Organisationen har ca 50 000 medlemmar varav huvuddelen har eller har haft missbruks-, psykiska eller andra sociala problem.

Flera av de frivilliga organisationerna gör betydande insatser som direkt vänder sig till tunga missbrukare.

Länkrörelsen spelar här en särskild roll. Den första länkföreningen bildades år 1945. I dag finns omkring 270 länkföreningar med sammanlagt omkring 17 500 medlemmar. Den princip som genomsyrar rörelsen är "som du själv blivit hjälpt skall du hjälpa andra". Målet är att länkmedlemmen helt skall avstå från alkohol. Den verksamhet som de olika föreningarna bedriver är mångskiftande. En stor del av det vardagliga arbetet består i regelbundna möten där man erbjuder gemenskap i drogfri miljö, kamratskap och fritidssysselsättning.

En förebild för länkrörelsen var AA (Anonyma Alkoholister) som bildades i USA ungefär tio år tidigare. Organisationerna har stora likheter men det finns också skillnader. AA betonar starkare nykterheten som det centrala målet. Alkoholismen ses som en sjukdom. Centralt i AA-gruppernas arbete är AA:s tolv steg som utgör principerna för att komma ur ett missbruk. Den första principen handlar om att erkänna sin maktlöshet inför spriten, "att vi förlorat kontrollen över våra liv". Livsåskådningsfrågor och andra aspekter betonas. AA är i dag starkt växande i Sverige. På många håll i landet finns AA-grupper. Knutna till AA finns också en särskild verksamhet för anhöriga till missbrukare, Alanon, och för barn i familjer med alkoholproblem, Alateen.

Andra föreningar som organiserar människor som själva är direkt berörda av missbruksproblemen är t ex Alkoholproblematikers riksorganisation (ALRO), Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL), och Föräldraföreningen mot narkotika (FMN). De bedriver samtliga en rad olika verksamheter som inriktar sig på stöd både till de egna medlemmarna och till andra missbrukare. En nystartad klientförening är Convictus som vänder sig till narkotikamissbrukare som är HIV-smittade.

Klientrörelsen har i flera fall fungerat som föregångare och pådrivare och tidigt tagit sig an problem som den offentliga vården inte utvecklat arbetsformer för.

Flera religiösa organisationer bedriver socialt arbete som också vänder sig till tunga missbrukare. De kristna samfundens nykterhetsrörelse (DKSN) är en ekumenisk rörelse som bedriver hjälparbete bland missbrukare genom de s k Ria-byråerna (Rådgivning i alkoholfrågor). Rådgivningen är både praktisk — t ex förmedling av kontakter — och andlig (själavård). Man lägger stor vikt vid gemenskapsfrämjande aktiviteter och byråerna anordnar en eller flera kvällar i veckan s k gemenskapskvällar eller öppna kvällar. I dag finns omkring 100 byråer.

Flera av de frivilliga organisationerna bedriver också institutionsvård och har egna behandlingshem. Det gäller bland andra ALRO, RFHL, länkrörelsen och flera av de religiösa organisationerna. Röda korset är i samarbete med andra organisationer huvudman för några behandlingshem för narkotikamissbrukare. Enligt vad beredningen erfarit planerar man att öppna ett hem som vänder sig till HIV-smittade narkotikamissbrukare. Riksförbundet mot alkohol- och narkotikamissbruk (RFMA), som i huvudsak är en samlingsorganisation av riksförbund — politiska, fackliga, religiösa, ideella, klientsammansatta, kvinno- och ungdomsorganisationer — står bakom en rad stiftelser som driver behandlingshem bl a Daytop och Vallmotorp.

En verksamhet som vuxit kraftigt under senare år är LP-stiftelsen (Levi Pethrus stiftelse för filantropisk verksamhet) som driver flera behandlingshem för tunga missbrukare, däribland den tidigare statliga vårdanstalten Venngarn. Vid halvårsskiftet 1987 övertar också stiftelsen Åsbrohemmet med 150 platser. På Venngarn som i dag har omkring 100 platser tar man emot många olika grupper av missbrukare. Det finns inga hinder på grund av ålder, missbrukstyp, prognos, bostadsort eller liknande. Hemmet har en starkt kristen profil men det är inget krav för intagning att vara kristen. Man tar också emot familjer med missbruksproblem. Personalgruppen är avsiktligt förhållandevis liten därför att man menar att det är viktigt att gästerna skall få en chans att komma igång själva. Behandlingsarbetet är individuellt. En hörnpelare är att ersätta drogberoendet med kristen tro. Man ser på människan som bestående av kropp, själ och ande och för att en rehabilitering skall lyckas måste hjälp och stöd ges till alla dessa delar.

I arbetet med de tunga missbrukarna spelar utslussningen från institutionsvården en viktig roll. För att de positiva resultaten av institutionsvistelsen skall bestå krävs fortsatta stödinsatser. Det är framför allt av stor betydelse att det kring missbrukaren kan byggas upp vad som brukar kallas ett socialt nätverk som bl a kan fungera som ett skydd mot framtida påfrestningar. I denna fas av rehabiliteringsarbetet har de frivilliga organisationerna en stor uppgift att fylla genom att länka in missbrukaren i fungerande sociala sammanhang. Bland andra har AA kommit att spela en betydelsefull roll i utslussningsarbetet från flera olika institutioner för alkoholmissbrukare. Det gäller framför allt behandlingshem som arbetar enligt den s k Minnesota-modellen, med korta vårdtider upplagda efter AA:s principer. Klienterna på dessa hem har oftare kvar en social förankring. Besök i AA-grupper ingår som ett inslag i behandlingen och avsikten är att klienten efter vårdtiden skall ha regelbunden kontakt med någon AA-grupp.

LO:s utslussningsprojekt är ett annat exempel på hur organisationerna i samarbete med behandlingshemmen kan utveckla modeller för inlänkningen av missbrukare i ett ordnat socialt liv — i detta fall med inriktning på en återgång till arbetslivet.

De frivilliga organisationerna möter i sitt arbete med missbrukare i viss utsträckning samma slags svårigheter som den offentliga vården. Men det finns också viktiga skillnader, skillnader som ofta ger de frivilliga organisationerna bättre förutsättningar att nå resultat.

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

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

En viktig skillnad är också att de frivilliga organisationerna och framför allt klientrörelsen i stor utsträckning bygger på medlemskap. Man är *med i* t ex AA men *går till* socialtjänsten. Medlemskapet ger en större tillhörighet till organisationen och en större identifikation med målen. Medlemskapet ger också andra fördelar. Som medlem kommer man i kontakt med andra människor i samma situation som man kan dela erfarenheter med. Kontakterna kan lättare leda till en gemenskap som omfattar också andra sidor av livet än de problemfyllda. En ytterligare aspekt är att ett aktivt medlemskap i en klientförening i allmänhet innebär en betydligt tätare kontakt än vad som är vanligt i den övriga vården. Möjligheterna till förändring blir bara av denna orsak betydligt större.

En sista aspekt på skillnaderna i förutsättningar för den offentliga vården och de frivilliga organisationerna är att de frivilliga organisationerna i stor utsträckning engagerar före detta missbrukare i sitt arbete. Att själv ha varit i samma situation kan vara en viktig fördel när man skall ge andra hjälp. Det ökar möjligheten till förståelse och insikt i missbrukarens situation. De före detta missbrukarna kan utgöra en viktig resurs i behandlingsarbetet under förutsättning bl a att de har distans till sitt eget missbruk. I de frivilliga organisationernas arbete utgör också de tidigare missbrukarna föredömen och levande exempel på att förändringar är möjliga.

Socialberedningen vill framhålla att de frivilliga organisationerna utgör en viktig resurs i missbruksarbetet. Genom sina annorlunda förutsättningar kan de bidra till att skapa möjligheter till en god social miljö för missbrukarna på ett sätt som oftast är omöjligt för den offentliga

vården. Genom att de dessutom är många och har starkt växlande inriktning bidrar de till en önskvärd mångfald och differentiering av insatserna för missbrukare.

Det är angeläget att de frivilliga organisationerna får ett omfattande stöd. Stödet kan framför allt ges genom ekonomiska bidrag. I många fall är det också möjligt att utveckla former för samverkan mellan de frivilliga organisationerna och socialtjänsten. Socialberedningen har tidigare (i SOU 1986:19) framhållit att stöd till de frivilliga organisationerna inte får ges i former som styr föreningarna och organisationerna. För bevarandet av mångfalden är det viktigt att respektera organisationernas självständighet. De måste få utvecklas på sina egna villkor.

Vi vill i detta sammanhang hänvisa till beredningens tidigare betänkande och åter understryka vikten av att stödet till de frivilliga organisationerna utvecklas.

7.7 Behovet av specialiserade insatser

En av de centrala principerna i den nya socialtjänsten är att helhetssynen skall vara vägledande för arbetet.

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

Avspecialiseringen påbörjades dock redan under 1960-talet. Den nya organisationen växte fram som ett resultat av att man började ifrågasätta att olika uttryck för sociala problem skulle behandlas av olika socialarbetare och hänföras till olika nämnder. Det första steget mot en integrerad socialtjänst togs när många kommuner under 1960-talet övergick till den s k familjevårdsprincipen. Den nya organisationen fick ytterligare stöd genom lagen (1970:296) om social centralnämnd som gjorde det möjligt att integrera de olika sociala nämnderna. Genom socialtjänstreformen har också de tre tidigare vårdlagarna på socialvårdsområdet sammanförts till en — socialtjänstlagen.

En allmän strävan alltsedan familjevårdsprincipen slog igenom i det sociala arbetet har varit att utveckla en organisation och ett arbetssätt, där socialsekreterarna har breda kunskaper och kan möta alla problem inom individ- och familjeområdet.

Integrationen av arbetet syftade till att skapa organisatoriska förutsättningar för ett arbete som skulle präglas av ett nytt synsätt i socialt arbete. Den specialiserade organisationen tenderade att stanna vid den enskildes "symtom" i stället för att uppmärksamma de grundläggande svårigheter som symtomen är yttringar av.

Detta gällde inte minst nykterhetsnämndernas arbete som kritiserades för att vara alltför ensidigt inriktat på att kontrollera klienternas alkoholvanor. Att det i de flesta fall var den problematiska livssituationen som vidmakthöll missbruket tenderade att komma i bakgrunden. Den dåvarande lagstiftningen, som detaljerat föreskrev hur arbetet skulle bedrivas, förstärkte denna inriktning. Arbetets tyngdpunkt blev myndighets-

utövning; utredning och beslut om de olika åtgärder som lagen föreskrev var centrala inslag i kontakten med missbrukarna.

Symtominriktningen förstärktes av att socialnämndens klienter kunde slussas fram och tillbaka mellan olika befattningshavare med olika ansvarsområden inom individ- och familjeområdet. Kritiken utgick framför allt från arbete med familjer, vilka i många fall samtidigt kunde ha kontakt med socialarbetare vid de tre olika nämnderna. En väg ur detta var att utveckla en organisation där en och samma socialarbetare hade hand om alla kontakter med familjen. Detta sätt att organisera arbetet kom, som framgått, att kallas familjevårdsprincipen.

Begreppet helhetssyn är emellertid vidare. De individuella problemen skall ses i ett perspektiv som omfattar både individuella, sociala och samhälleliga aspekter. Socialtjänstreformen innebar också en vidgning av socialvårdens arbetsfält. De individ- och familjeinriktade insatserna skulle kompletteras med allmänt och strukturinriktade insatser. Detta kom också att bli motiv för såväl en decentraliserad som en integrerad arbetsorganisation. Genom en geografisk avgränsning av arbetet skulle man ge socialarbetarna möjlighet att erhålla en områdeskunskap som kunde användas i det strukturinriktade arbetet.

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

Den ena innebär en långtgående decentralisering och integrering av socialtjänsten. Längst i den riktningen går de kommuner som inordnar den kommunala verksamheten i kommundelsnämnder. Kommuner med dessa eller liknande planer fullföljer och fördjupar de integreringssträvanden inom den kommunala sektorn som påbörjades under 1970-talet. Motivet är att öka den kommunala demokratin och att kommuninvånarna skall ha nära till den kommunala servicen.

Den andra utvecklingslinjen innebär en strävan efter att hitta former för en specialisering av arbetet inom ramen för en integrerad socialtjänstorganisation. Denna utveckling påbörjades redan innan socialtjänstreformen trädde i kraft. Bakom denna utveckling ligger ambitionen att professionalisera det sociala arbetet. Detta bygger i sin tur på erfarenheten att integrationen av det sociala arbetet inte har skett utan problem. Framför allt har det visat sig svårt att inom ramen för en integrerad verksamhet skapa utrymme för kvalificerat behandlingsarbete och andra mer långsiktiga stödinsatser för missbrukare och andra socialt utsatta grupper. En vanlig uppfattning är att integrationen inneburit att de tunga missbrukarna kommit bort i socialtjänstens arbete.

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

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

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

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

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

Sammanfattningsvis kan således konstateras att utvecklingen inom socialtjänstområdet under de senaste två decennierna kännetecknas av motstridiga utvecklingslinjer.

Även om integreringssträvanden kan sägas ha dominerat utvecklingen, har det samtidigt skett en tillväxt av specialiserade enheter vid sidan av den reguljära socialtjänstorganisationen — framför allt i större och medelstora kommuner.

Utvecklingen av den reguljära socialtjänsten är, som framgått, inte heller entydig. En del kommuner söker former för en specialiserad socialbyråorganisation, bl a på missbruksområdet. Socialarbetarna blir "specialister" på avgränsade områden inom individ- och familjeomsorgen. Andra genomför en långtgående decentralisering genom kommundelsreformer. Socialarbetarna blir "generalister" inom hela det sociala fältet inom begränsade geografiska distrikt.

Från många håll har det uttryckts farhågor för att en långtgående integrering och decentralisering av socialtjänsten kan leda till kompetensförluster inom individ- och familjeomsorgen — inte minst när det gäller socialtjänstens insatser för de tunga missbrukarna.

Övergången från den gamla funktionsuppdelade socialvården till den integrerade socialtjänsten medförde viktiga vinster för det sociala arbetet. Härigenom skapades förutsättningar för en inriktning av arbetet som gör det möjligt att samtidigt bearbeta individuella problem och relationer och den enskildes yttre sociala förhållanden. Men som visats utförligt i den föregående framställningen talar samtidigt mycket för att tendensen till "avspecialisering" inom socialtjänsten är en viktig bidragande orsak till att insatserna för de tunga missbrukarna kommit att kännetecknas av de allvarliga brister som beskrivits i kapitel 5. Problemen har ytterligare förstärkts av den ökande arbetsbelastningen inom socialtjänsten under senare år, bl a som en följd av att socialbidragshanteringen kommit att ta

en stor del av socialarbetarnas tid. Missbrukarna får konkurrera med andra hjälpbehövande om de knappa resurserna. När ingen enhet tilldelas ett särskilt ansvar för missbrukarna tenderar de att komma i sista hand. Som framgått i tidigare avsnitt måste långsiktighet och kontinuitet prägla socialtjänstens arbete med de tunga missbrukarna. Ett förverkligande av en sådan inriktning av arbetet kräver bl a att socialarbetarna ges möjligheter att följa klienterna under längre tidsperioder och att se dem även i andra situationer än de akuta kristillstånden. Tidsbristen är således en av förklaringarna till att socialtjänstens arbete med de tunga missbrukarna ofta får karaktären av ytliga punktinsatser i akuta lägen. Men tidsbristen är inte den enda förklaringen.

Det bör understrykas att det här rör sig om en av socialtjänstens svåraste och tyngsta arbetsuppgifter. Det är också en uppgift som kräver en rad specifika kunskaper om den skall kunna ges ett kvalificerat innehåll. De socialarbetare som arbetar i en integrerad organisation förväntas ha breda kunskaper och kunna spänna över individ- och familjeomsorgens alla uppgifter. Som vi ser det är det en uppenbar konflikt mellan kravet på breda kunskaper å ena sidan och kravet på en mer specialiserad kompetens, t ex inom missbruksområdet, å den andra. Erfarenheterna visar enligt vår mening att det är svårt att upprätthålla en kompetens i missbruksarbetet inom ramen för helt integrerade arbetsformer. Missbrukarvård är i hög grad ett teamarbete och det är teamets samlade kunskaper och den metodutveckling som teamarbetet möjliggör som avgör kvaliteten på insatserna. I teamarbetet blir specialintressen och specialkunskaper hos enskilda medarbetare resurser som hela teamet kan tillgodogöra sig. Det ofta mycket påfrestande arbetet med de tunga missbrukarna gör det också viktigt att ha tillgång till en arbetsgrupp som det är möjligt att dela problemen med och få stöd av.

Socialberedningen ser inte som sin uppgift att gå in närmare på frågan om socialtjänstens organisation. De organisatoriska lösningarna måste självfallet vara beroende av kommunstorlek och lokala förhållanden i övrigt.

En form av specialisering som emellertid under senare år har genomförts i många kommuner är att skilja på renodlade sociala serviceinsatser och socialt behandlingsarbete. En sådan indelning av arbetet gör det möjligt att bibehålla och utveckla specialkompetens för behandlingsarbete även i mindre kommuner.

Detta kan vara ett sätt att åstadkomma en mer sammanhållen organisation för behandlingsarbetet som kan möta huvuddelen av behandlingsbehoven i den miljö där den enskilde lever. Tyngdpunkten måste självfallet läggas på förändrade metoder, men utvecklingen är också beroende av resursmässiga och organisatoriska förhållanden. Genom en förändrad organisation kan man skapa förutsättningar för ett förändrat arbetssätt, vilket bl a kan gynna utvecklingen inom missbruksområdet.

När det gäller arbetet med de tunga missbrukarna inom den öppna socialtjänsten talar alla erfarenheter för att det är nödvändigt att bibehålla och förstärka olika typer av specialresurser. Det ligger i sakens natur att motiven för att avdela sådana särskilda resurser för missbrukarvård är starkare i stora kommuner, där missbruksproblemen är omfattande,

än i mindre kommuner. Exempel på sådana resurser har getts i kapitlen 4 och 5. Här kan bl a nämnas narkomanvårdsbaser, alkoholpolikliniker, missbruksgrupper, områdesarbete i form av dagcentraler och basstationer samt strukturerade behandlingsprogram i öppna former.

De förtroendevaldas roll

De politiskt förtroendevalda spelar en stor roll för det sociala arbetet inom kommunerna. De förtroendevalda bär det yttersta ansvaret för att socialtjänstlagens och kommunens målsättningar uppfylls inom socialtjänsten. Detta innebär att de förtroendevalda i socialnämnder och sociala distriktsnämnder har ansvar för att i konkurrens med övriga kommunala verksamheter driva fram tillräckliga ekonomiska resurser och att i den totala kommunala verksamheten värna det sociala området. De politiskt förtroendevalda har också en roll som stöd för och riktningsgivare till anställda inom socialtjänsten och skall därmed utgöra den yttersta garantin för att målen för socialtjänstens verksamhet uppfylls. De politiskt förtroendevalda har slutligen också enligt LVU och LVM ansvar för vissa beslut som innebär tvång.

Detta kräver goda kunskaper och ett personligt engagemang. Enligt socialberedningens uppfattning är det av stor vikt att frågan om kompetensuppbyggnad också bland de politiskt förtroendevalda tillmäts stor betydelse vid ställningstaganden till sådana förändringar av den kommunala organisationen som påverkar socialtjänstens arbete.

7.8 Utbildning och handledning för vårdpersonalen

7.8.1 Bakgrund

Socialt behandlingsarbete med tunga missbrukare kräver goda kunskaper, intresse och personlig lämplighet om det skall vara möjligt att åstadkomma och upprätthålla en konstruktiv relation till missbrukaren. Arbetet är många gånger personligt påfrestande. En positiv utveckling hos missbrukaren avbryts ofta av återfall i missbruk. Kontakten med de klienter som blir rehabiliterade bryts i allmänhet utan att socialarbetaren får kännedom om det positiva resultatet. Det är dessutom ofta svårt att med någon högre grad av säkerhet säga vad som åstadkommit den positiva förändringen. Arbetet förutsätter ett starkt personligt engagemang som innebär att socialarbetaren blir personligt berörd av missbrukarens framgångar och bakslag. Det går dessutom inte att bortse från att kontakten med missbrukaren ofta innehåller, och måste innehålla, inslag av gränssättande och krav som kan innebära starka konflikter och att behandlaren drar på sig aggressioner.

Under senare år har flera olika undersökningar belyst socialarbetarnas arbetssituation och arbetsmiljö. Enligt undersökningarna (bl a Göransson m fl 1983) uppger socialarbetarna att de i stor utsträckning har personliga problem av olika slag som direkt kan relateras till arbetssituationen. Det rör sig både om kroppsliga besvär som t ex magbesvär och

huvudvärk och om psykiska besvär som t ex sömnsvårigheter och nedstämdhet. Påfrestningarna drabbar alla personalkategorier som arbetar inom missbrukarvården.

Problemen är inte enbart kopplade till kontakterna med klienterna utan har sin huvudorsak i arbetets motstridiga krav, den höga arbetsbelastningen och i svårigheter att avgränsa arbetsuppgifterna. Ett konkret uttryck för den svåra arbetssituationen är att många socialarbetare efter några år hoppar av yrket för att ägna sig åt annat. Personalomsättningen är på många håll mycket hög.

Den höga personalomsättningen går ytterst ut över klienterna som riskerar att möta ständigt nya socialarbetare vid sina kontakter med socialtjänsten; en hög personalomsättning leder alltså till upprepade brott mot den för behandlingen centrala principen om personkontinuitet i relationen socialarbetare/klient.

Arbetet med missbrukare ställer också högre krav på socialarbetarna än tidigare.

De missbrukande klienternas situation har blivit svårare. De är oftare socialt utslagna. För en del grupper har också missbruksmönstret förändrats mot ett mer komplext missbruk där alkohol och narkotika förekommer samtidigt. Andelen yngre bland de socialt utslagna, tunga missbrukarna har vidare ökat, vilket har inneburit ökade krav på kvalificerade insatser. Ett allvarligt, tillkommande problem är spridningen av HIV-smitta bland de intravenösa narkotikamissbrukarna.

Lagstiftningen ställer också högre krav på socialarbetarnas professionalitet. Nykterhetsvårdslagen var en detaljerad lagstiftning och socialarbetarens yrkesroll var i viss utsträckning den handläggande tjänstemannens. Socialtjänstlagen lämnar ett större utrymme åt socialarbetarens kompetens att utreda klientens problem och föreslå insatser. Socialarbetarna förutsätts arbeta analogt med läkarnas "vetenskap och beprövad erfarenhet".

För att kunna fullgöra sina uppgifter måste socialarbetarna ha stöd av en adekvat utbildning och ha tillgång till kvalificerad handledning.

7.8.2 Utbildningsbehov

Att vårdarbetarna har en god utbildning och hög kompetens är avgörande för möjligheten att nå framgång i behandlingsarbetet med tunga missbrukare. Kunskaper är en nödvändig, om än inte tillräcklig förutsättning för sådan framgång. Engagemang, intresse och personlig lämplighet är andra, lika viktiga förutsättningar. Men utan grundliga kunskaper om missbrukarna, deras behov och problem riskerar behandlingsarbetet att bli kortsiktigt och ytligt. Engagemang utan kunskaper kan också leda till en snabb s k utbränning av vårdarbetarna och till att verksamheten efter ett tag inte längre klarar sina uppgifter.

Det är viktigt att framhålla att inte minst verksamheter som arbetar med tunga missbrukare behöver ha vad man brukar kalla en kunskapsinriktad hållning i sitt arbete. Det innebär att man systematiskt bör följa upp arbetet med klienterna och medvetet försöka värdera och dra slutsatser av erfarenheterna.

Kontakten med missbrukare kan ofta vara dramatisk och händelserik med snabba växlingar mellan hopp om förändring och förtvivlan över nya misslyckanden. En socialarbetare har uttryckt det som att "det är som att kliva på en karusell som snurrar allt fortare, det händer nya saker ständigt, planeringar bryts och klienten ställer nya krav som man måste ta ställning till". I denna verklighet är det nödvändigt med ett genomtänkt och förankrat perspektiv för att man inte som socialarbetare skall kastas med i de tillfälliga svängningarna.

Goda kunskaper innebär också en trygghet i yrkesrollen för socialarbetarna och en ökad säkerhet i kontakten med klienterna. Kännedom om missbrukares beteenden gör det lättare att våga närma sig dem och att se bakom deras ytligt sett ofta oförklarliga och skrämmande uppträdande. Goda kunskaper är också nödvändiga för att få perspektiv på sina egna insatser, både när det gäller att inse sina egna begränsningar - och att förstå när man kanske måste koppla in ytterligare hjälp - men kanske framför allt när det gäller att se vad man faktiskt kan uträtta som socialarbetare.

Utvecklingen av kunskaperna måste ske i växelverkan mellan praktiska erfarenheter och teoretiska perspektiv. Det innebär att en stor del av kunskapsutvecklingen bör ske inom vårdorganisationerna. Den mest centrala utbildningsfrågan rör behov av fortbildning och vidareutbildning för dem som redan är praktiskt verksamma.

Mot bakgrund av ovanstående resonemang är det dock möjligt att urskilja flera olika kunskapsbehov som är specifika för detta vårdområde och samtidigt så grundläggande att de, åtminstone delvis, bör tillgodoses redan inom grundutbildningarna för socialarbetare och annan vårdpersonal.

Gedigna baskunskaper om olika missbruksmedel och deras effekter på lång och på kort sikt är nödvändiga. Kännedom om medicinska komplikationer, beroendeeffekter, abstinensproblem och behandling av sådana tillstånd hör också hit. Dessa kunskaper är nödvändiga för att kunna identifiera missbrukarna och bedöma akuta behov av omvårdnad och hjälp.

Det är vidare nödvändigt med kunskap i sociala och psykologiska arbetsmetoder. Behandlingsforskningen har nyanserat och fördjupat kunskaperna om olika behandlingsprograms effekter för olika missbrukargrupper och det finns i dag en allmän insikt om att ingen behandlingsmodell är generellt tillämplig. Att kunna utnyttja olika behandlingsmodeller på ett differentierat sätt kräver goda kunskaper om de olika modellerna.

För socialarbetarna är vidare kunskap om samhällsförhållanden och samhällets organisation — arbets- och bostadsmarknad, olika frivilliga organisationer osv — av grundläggande betydelse. De är nödvändiga för att kunna mobilisera och samordna olika resurser till stöd för klienterna. Till detta område hör också kunskaper om den faktiska vårdorganisationen och tillgängliga resurser för missbrukarvård.

Ett självklart kunskapsområde rör missbrukarna, deras behov och problem. Denna kunskap måste i första hand byggas upp utifrån det praktiska arbetet, men det finns också mer generell kunskap om bl a

missbrukskarriärer och missbrukares förhållningssätt som bör ingå i såväl grund- som vidareutbildningar.

För vårdpersonalen är det nödvändigt att ha god kännedom om sina egna attityder till missbruk och om hur man själv reagerar inför klienternas krav och beteenden. Att ge möjlighet till en fördjupad självinsikt är ytterligare ett centralt kunskapsområde.

I socialtjänstprojektets tidigare nämnda undersökning (avsnitt 5.6.2) framkom att socialarbetarna uppfattade arbetet med missbrukare som det mest problematiska vårdområdet. Samtidigt utgjorde arbetet med missbrukare det arbetsfält där socialarbetarna ofta ansåg sig ha mycket lite att bidra med för att åstadkomma positiva lösningar. Missbruksklienterna uppfattades ofta som svåra att påverka. Bakom detta ligger bl a att socialarbetarna anser sig ha bristande kunskaper i arbete med missbrukare.

De flesta socialarbetare är socionomer vilket innebär att de fullföljt en högskoleutbildning som omfattar sex eller sju terminer. Socionomutbildningen är en brett upplagd utbildning som skall kvalificera för en rad olika yrken inom det sociala fältet. Utbildningen har ett tvärvetenskapligt perspektiv och innefattar såväl rättsliga ämnen som kunskaper i olika samhälls- och beteendevetenskapliga ämnen. I utbildningen ingår handledd praktik under en eller två terminer. Denna utbildning kan naturligtvis inte leda fram till adekvata kunskaper inom alla de områden som socialarbetare i praktiken förutsätts behärska. Utbildningen har dessutom ofta kritiserats bl a för att den i alltför liten utsträckning är anpassad till den verklighet som möter yrkesverksamma socionomer inom socialtjänsten.

Missbruksfrågor kommer in i utbildningen på flera olika nivåer men i allmänhet inte som särskilda kurser. Ett viktigt krav på grundutbildningen är att den kan ge de blivande socialarbetarna konkreta kunskaper om missbruksproblemen både på en samhällelig och individuell nivå. Utbildningen bör leda fram till en medveten hållning när det gäller socialt arbete med missbruk och stimulera till arbete med missbrukare.

För närvarande pågår inom universitets- och högskoleämbetet (UHÄ) en översyn av utbildningen vid den sociala linjen inom universitetet. Under arbetet har frågan om en förlängning av utbildningen med en termin diskuterats. Förlängningen skulle ge möjlighet till fördjupade kunskaper inom olika för socionomerna centrala arbetsfält. Socialberedningen vill för sin del framhålla behovet av fördjupning när det gäller kunskaper om missbruk och missbrukarvård.

En förbättrad grundutbildning är dock inte tillräcklig för att ge vårdarbetarna tillämpbara kunskaper i arbetet med missbrukare. Grundutbildningen måste kompletteras med fort- och vidareutbildning.

Behovet av fortbildning, dvs en återkommande aktualisering av kunskaper inom ett visst arbetsfält, kan till stor del lösas genom intern utbildningsverksamhet inom kommunerna.

Socialarbetarnas möjligheter att erhålla fort- och vidareutbildning är små. Inom socionomutbildningen finns vissa begränsade möjligheter till vidareutbildning. Flera skolor anordnar en ettårig påbyggnadslinje i socialt behandlingsarbete som framför allt är inriktad på psykoterapeutis-

ka arbetsmetoder. Vid socialhögskolan i Stockholm finns också en fortbildningskurs för socionomer verksamma inom socialtjänsten som sträcker sig över två terminer på halvfart. Kursen kan ta emot 20 studerande.

Vidareutbildning har inte enbart betydelse i form av bättre kunskaper om arbetsområdet och därmed en förbättrad vård. Den har också betydelse som stimulans och stöd för socialarbetarna. Satsning på utbildning kan innebära lägre personalomsättning och ökat intresse för missbruksarbete.

För mindre kommuner kan det vara svårt att i egen regi arrangera vidareutbildning. Vid socialhögskolorna har under de senaste åren inletts en verksamhet med uppdragskurser där socialnämnderna beställer utbildning inom olika områden som socialhögskolorna genomför. Detta är en möjlighet som underlättat för kommunerna att få konkreta och avgränsade utbildningsbehov tillgodosedda.

Men socialarbetarna har också generella fortbildningsbehov som inte kan tillgodoses på detta sätt. Det är därför angeläget att socialhögskolorna även får ökade möjligheter att erbjuda återkommande kortare kurser som vänder sig till redan yrkesverksamma socionomer.

Även inom institutionsvården finns stora utbildningsbehov. Grundutbildningen för vårdpersonalen har byggts ut och ges inom gymnasieskolans sociala omsorgslinje. Fortfarande är dock utbildningsnivån ojämn på många institutioner. Många lär sig sitt yrke genom erfarenhet och i vissa fall genom ubildningsprogram på behandlingsenheterna. Möjlighet att erhålla specialiserad utbildning för personal vid behandlingshemmen finns i stort sett endast vid en ettårig utbildningslinje vid Stensunds folkhögskola.

Huvudmännen för behandlingshemmen har ett stort ansvar för att se till att vårdpersonalen får en adekvat fort- och vidareutbildning. Samtidigt är det angeläget att vidareutbildning i olika framväxande behandlingsmodeller stimuleras. Av detta skäl borde det vara möjligt att för särskilda utbildningsinsatser för behandlingshemspersonal erhålla stöd genom de anslag som socialstyrelsen disponerar för utvecklingsinsatser inom vårdområdet.

7.8.3 Handledning

I allt människovårdande arbete är handledning ett nödvändigt inslag. I arbetet med missbrukare ställs behandlarna inför svåra bedömningar. Behandlaren kan ofta behöva hjälp av en utomstående för att få perspektiv på klienten och på behandlingssituationen. Arbetet innebär också ofta att behandlaren blir personligt involverad och kan behöva någon att diskutera med för att upptäcka t ex låsta reaktioner i förhållande till klienten. Handledning är ett hjälpmedel att komma framåt i kontakten med missbrukaren men är också en viktig del i en utbildnings- och utvecklingsprocess för behandlarna.

Handledningen kan i huvudsak ha tre olika syften.

Ett första syfte är att ge socialarbetaren hjälp att fatta rätt beslut. Det finns ett stort behov av ärendehandledning på en socialbyrå. Det kan

handla om den formellt korrekta handläggningen av ett visst ärende, det kan röra frågor om tolkningen av socialtjänstlagen eller andra lagar och det kan gälla vilka vårdalternativ som faktiskt kan erbjudas olika grupper av klienter. Denna typ av handledning kan i allmänhet arbetsledaren i arbetsgruppen svara för. Handledningen har ofta formen av rådfrågning i samband med att problemen uppstår. Ofta sker också denna typ av kunskapsförmedling vid regelbundet återkommande konferenser där aktuella ärenden gås igenom och konkreta beslut kan fattas.

Att få perspektiv på klientens problem och resurser är ett annat viktigt handledningsbehov. Hur ser klientens behov av hjälp ut? Hur har behoven uppstått? Vad är rimligt att klienten kan klara själv? Vilken behandlingsplanering är den mest lämpliga? Hur är det möjligt att gå vidare? Socialarbetaren kan ofta behöva diskutera denna typ av frågor — som handlar om inriktningen av kontakten, vilken nivå den bör ligga på och om målen för arbetet på lång och kort sikt — med någon som inte är direkt inblandad i ärendet. Att "dra" ett ärende inför någon annan är ofta klargörande.

Denna form av handledning som ofta kallas metodhandledning förekommer också på de flesta arbetsplatser och ges antingen av arbetsledaren eller av någon utomstående särskilt anlitad handledare.

Ett tredje behov av handledning handlar om att få perspektiv på den egna kontakten med klienten. Varför reagerar man som man gör? Vilka känslor hyser jag som behandlare inför klienten och hur påverkar de arbetet? Denna form av handledning fokuserar relationen och processen i kontakten med klienten i syfte att komma vidare i arbetet. Det kan också gälla behov av att reda ut konflikter och möjliggöra en effektivare kommunikation inom arbetsgruppen. Processhandledning ges i allmänhet av någon utomstående handledare och är den minst vanliga formen av handledning.

Riskerna med otillräcklig eller ingen handledning är flera. För socialsekreterare och vårdarbetare kan arbetet komma att upplevas som tyngre och mer slitsamt vilket kan leda till "utbrändhet", en sämre arbetsmiljö och en högre personalomsättning.

En annan risk är att kontakten med missbrukarna försämras. Avsaknad av handledning kan ta sig uttryck i "hemmablindhet" dvs att man har svårt att se andra lösningar på de problem man ställs inför än dem som vanligen används. En ytterligare risk ligger i att socialarbetarna blir mer avståndstagande gentemot missbrukarna därför att förståelsen för deras situation och för de egna reaktionerna blir mindre.

Medvetenheten om handledningens betydelse har också ökat inom kommunerna under de senaste åren. På de flesta arbetsplatser förekommer någon form av handledning.

I en inventering som Svenska kommunförbundet genomförde år 1986 undersökte man hur handledningen var organiserad i kommunerna i tre län (Socialsekreterarnas behov av handledning, 1986).

Undersökningen visade att de flesta av socialarbetarna erhöll praktisk handledning, i allmänhet av arbetsledaren. Handledningen gavs ofta enskilt och spontant. Det var dock 20 procent av socialsekreterarna som inte fick någon form av handledning.

Det var sämre ställt när det gäller tillgång till metod- och processhandledning. I två av de undersökta länen erhöll 50 procent metod- och processhandledning av externa handledare mot endast 10 procent i det tredje länet.

I rapporten slås socialsekreterarnas behov av handledning fast. Behoven gäller såväl att komma fram till åtgärder och målformuleringar i olika enskilda ärenden som att få hjälp att utveckla socialsekreterarnas professionella identitet.

Det är angeläget att socialsekreterarnas behov av handledning tillgodoses. Den nödvändiga fortlöpande praktiska handledningen kan ges genom arbetsledarens försorg och bör ses som ett självklart inslag i arbetsledarnas arbetsuppgifter.

Särskilt de socialarbetare som arbetar med ofta komplicerade behandlingsfrågor — och dit hör arbetet med de tunga missbrukarna — har därutöver stora behov av s k metodhandledning med hjälp av externa handledare. Det finns skäl att på denna punkt understryka den värdering som redovisas i kommunförbundets nämnda rapport, nämligen att "utifrån kommande handledare är en nödvändighet i psykosocialt arbete".

Från flera håll har påtalats att det finns risk för att resurserna för handledning ifrågasätts i samband med besparingsplaner inom kommunerna. Att skära ned på handledningsresurserna är en kortsiktig besparing som riskerar att öka nedslitningen av socialsekreterarna och därmed leda till en mer ineffektiv missbrukarvård.

7.9 Narkomanvårdens roll i AIDS-bekämpningen

7.9.1 Bakgrund

Som konstaterats i kapitel 1 finns det för närvarande närmare 400 kända HIV-smittade narkotikamissbrukare i Sverige. Nästan samtliga har antingen Stockholms stad eller någon av kranskommunerna i länet som hemort. Detta säger egentligen mycket litet om hur utbredd smittan är bland narkotikamissbrukarna. Mörkertalet kan vara betydande. Det enda vi med säkerhet vet är att smittan är utbredd främst bland Stockholms heroinmissbrukare.

Uppgiften att motverka en vidare smittspridning bland narkotikamissbrukarna är utomordentligt svår och kräver mer omfattande åtgärder än för andra grupper med s k riskbeteenden. Information om smittvägar och om hur man skyddar sig själv och andra mot HIV-smitta är en viktig, men långt ifrån tillräcklig, åtgärd. Narkotikamissbrukarnas riskbeteenden — gemensam användning av injektionsverktyg och sexuell promiskuitet, t ex prostitution — är knutna till missbruket och livsföringen under missbruksperioderna. Man kan inte förvänta sig att de tunga narkotikamissbrukarna upphör med missbruket av egen kraft eller ändrar missbruksmönster och sexualvanor ens inför risken att bli smittade eller smitta andra.

Narkotikamissbrukarnas livsföring innebar redan innan AIDS kom in i bilden långtgående risker i olika avseenden, bl a för allvarliga sjukdo-

mar och död. Man kan därför inte utgå från att injektionsmissbrukarna reagerar på samma sätt inför AIDS-hotet som människor som lever under mer ordnade sociala förhållanden. En del fortsätter, trots informationen om AIDS, att dela injektionsverktyg och agera sexuellt så att smittan kan spridas vidare; i det senare fallet även till icke missbrukande personer. Andra narkotikamissbrukare kan förmås att modifiera sitt beteende vad gäller både användning av sprutor och sexuellt beteende. Samtidigt är det emellertid realistiskt att räkna med att många även av dessa — trots de bästa intentioner att minimera smittorisken — av och till kommer i situationer då försiktighetsåtgärderna åsidosätts.

Det är därför knappast sannolikt att åtgärder som tar sikte på att påverka missbrukarnas beteende vad avser injektions- och sexualvanor kan få mer än marginella effekter för smittskyddet, så länge själva missbruket fortsätter. I Sverige är också ett av de högst prioriterade målen i kampen mot AIDS att begränsa det intravenösa missbruket. Genom förstärkta vårdinsatser skall så många missbrukare som möjligt förmås att avbryta sitt missbruk. Det betyder således att narkomanvården tilldelats en nyckelroll i arbetet med att motverka en vidare spridning av HIV-smitta bland narkotikamissbrukarna.

AIDS-hotet har således kraftigt skärpt förväntningarna på narkomanvården och man kan utan tvekan hävda att den står inför sin största utmaning hittills. Debatten under den tid som gått sedan AIDS kom in i bilden har också fäst uppmärksamheten på narkomanvårdens brister. Det är uppenbart att narkomanvården i dagsläget inte förmår leva upp till det långtgående mål för verksamheten som ställts upp av AIDS-delegationen — att nå alla injektionsmissbrukare med provtagning, avgiftning och behandling.

Den dystra bilden är i och för sig inte förvånande med tanke på uppgiftens svårighetsgrad; att nå, motivera och framgångsrikt rehabilitera tunga narkotikamissbrukare. Det finns inte heller någon anledning att tro att narkomanvården skulle vara mindre framgångsrik än andra jämförbara vårdområden, t ex vården av alkoholmissbrukare. Det finns slutligen ingen grund för antagandet att den svenska narkomanvården skulle fungera sämre än motsvarande vårdsystem i andra, jämförbara länder. Vi har — till skillnad från de flesta andra länder — en relativt välorganiserad och väl utbyggd narkomanvård, framför allt i de tre storstadsregionerna. Till bilden hör också att HIV-smittan hittills endast har nått en begränsad andel av missbrukargruppen och att den är koncentrerad till Stockholms-området.

Trots att Sverige således kan sägas ha ett bättre utgångsläge i AIDS-bekämpningen än många andra länder kvarstår att klyftan mellan vad narkomanvården kan uträtta i dagsläget och de höga mål som formulerats för verksamheten är avsevärd.

Narkomanvårdens medverkan är en nödvändig förutsättning för att HIV-smittans utbredning skall kunna begränsas. Detta förutsätter i sin tur att narkomanvården tillförs de resurser som är nödvändiga för att klara den utomordentligt svåra uppgift den ställs inför. Det råder också bred enighet om att ett förverkligande av de höga målen kräver resursförstärkningar inom narkomanvården. En utbyggnad av vårdkedjan har

redan skett eller pågår, som framgått av kapitel 4, såväl i som utanför storstadsregionerna.

Problemet är emellertid att utbyggnaden av vårdresurserna vad beträffar några av de svagaste länkarna i vårdkedjan inte sker i den takt som krävs för att begränsa den vidare smittspridningen. Situationen är särskilt akut i Stockholms län, där det i dagsläget är brist på såväl avgiftningsplatser som platser för LVM-vård. Därtill kommer att en stor andel av de tunga narkotikamissbrukarna inte har några behandlingskontakter inom vare sig socialtjänsten eller den särskilda narkomanvården. Detta framstår som utomordentligt allvarligt med tanke på Stockholms strategiska roll i epidemibekämpningen. Beredningen ansluter sig helt till de inlägg i debatten, där det framhållits att narkomanvården i Stockholm är en riksangelägenhet. Dess insatser för att begränsa smittspridningen är av avgörande betydelse för andra kommuner med omfattande narkotikamissbruk. Förhållandena i Stockholm ger mot den bakgrunden anledning till allvarliga farhågor för den fortsatta utvecklingen såväl i Stockholmsområdet som i övriga landet.

Riksdagens socialutskott uppmärksammade våren 1987 bristen på platser för narkomanvård, särskilt för vård enligt LVM. Utskottet framhöll bl a att situationen i Stockholm under senare tid varit särskilt akut och tillfogade att "enligt utskottet råder för närvarande på detta område förhållanden som inte längre kan accepteras" (SoU 1986/87:19 sid 22).

Socialberedningen vill emellertid understryka att enbart resursförstärkningar inte kan lösa problemen. Det krävs också en kursändring inom narkomanvården. Om smittspridningen skall kunna begränsas, måste narkomanvårdens organisation, metoder och förhållningssätt omprövas och anpassas så att de insatser som görs får största möjliga effekt från såväl behandlings- som smittskyddssynpunkt.

Som framhållits tidigare i detta kapitel krävs en bättre samverkan mellan socialtjänsten och övriga myndigheter och vårdorgan som kommer i kontakt med missbrukare. Därvid har bl a understrukits vikten av att socialtjänsten och kriminalvården i ökad utsträckning samordnar sina insatser. Det är viktigt från såväl behandlings- som smittskyddssynpunkt att vårdorganen får kontakt med så många narkotikamissbrukare som möjligt för provtagning, information och långsiktig behandling av missbruksproblemen. Målet måste vara att insatserna samordnas så att det långsiktiga stödet kan ges inom narkomanvården oberoende av om vederbörande är HIV-smittad eller ej. Därtill kommer självfallet att insatserna för de HIV-smittade klienterna förutsätter en nära samverkan mellan infektionssjukvården och narkomanvården. Insatserna måste utformas så att man säkrar såväl den medicinska som den psykosociala uppföljningen. Huvudansvaret för den senare ligger på narkomanvården.

När det gäller denna uppföljning föreligger det emellertid, som vi återkommer till i det följande, allvarliga brister i dagsläget.

Till bilden hör också att det är en utomordentligt svår uppgift att begränsa det intravenösa missbruket genom vårdinsatser. Som framgått av kapitel 6 visar data från behandlingsforskningen entydigt att vårdinsatserna ofta kommer in relativt sent i den s k missbrukskarriären. Det tar ofta åtskilliga år från debuten i intravenöst missbruk till den första vård-

kontakten. Därifrån tar det ytterligare flera år till ett eventuellt beslut att upphöra med missbruket. Vägen mot missbruksfrihet går i allmänhet via flera vårdtillfällen och är kantad av återfall i missbruk och kriminalitet.

Detta framstod redan innan AIDS/HIV kom in i bilden som ett allvarligt problem med tanke på de risker i olika avseenden som ett tungt narkotikamissbruk innebär. I dagsläget måste det ses som ett ännu allvarligare problem eftersom narkotikamissbrukarna löper en mycket stor risk att bli HIV-smittade — eller smitta andra — innan de kan motiveras att gå in i och fullfölja en långsiktig behandling. AIDS-hotet är således ett av flera starka motiv för att genom förstärkta och mer aktiva vårdinsatser försöka förkorta missbruksförloppet. Beredningen anser att den väg som man i första hand måste välja för att nalkas detta mål är att förstärka och förbättra den frivilliga narkomanvårdens insatser. Genom sådana insatser kan betydligt fler narkotikamissbrukare förmås att gå in i behandling i tidigare skeden av den s k missbrukskarriären. Men åtskilliga kommer sannolikt även i framtiden att avvisa erbjudanden om frivillig vård. Det är därför ofrånkomligt med en utvidgad användning av tvångsvård för narkotikamissbrukare. Beredningens ställningstaganden i dessa frågor redovisas senare i betänkandet.

I debatten om vilka åtgärder som krävs i kampen mot AIDS har från vissa håll gjorts gällande att det faktum att det är svårt att motivera och framgångsrikt rehabilitera tunga narkotikamissbrukare är motiv för dels åtgärder som gör injektionssprutorna lättillgängligare för narkotikamissbrukarna, dels en generösare förskrivning av metadon till heroinmissbrukare. Dessa frågor har varit föremål för AIDS-delegationens uppmärksamhet. Delegationen tog under år 1985 principiell ställning mot en fri tilldelning av injektionssprutor och kanyler liksom mot metadonbehandling utöver de möjligheter till sådan behandling som finns inom ramen för det s k Ulleråkerprogrammet. Narkomanvårdsfrågorna har därefter återkommande behandlats av delegationen, som inte gjort några ändrade ställningstaganden i dessa frågor.

Socialberedningen vill här erinra om att frågan om fria sprutor och kanyler behandlades av riksdagens socialutskott i dess under våren 1987 avgivna betänkande om behovet av åtgärder mot AIDS (SoU 1986/87:19 sid 24 ff). Utskottet konstaterade

"att det i dag inte föreligger något i lag stadgat förbud för läkare att till en missbrukare förskriva injektionssprutor och kanyler. I Lundaområdet pågår för närvarande en försöksverksamhet med utlämnande av rena sprutor och kanyler till vissa missbrukare. Sprutorna delas ut av infektionsläkare till missbrukaren under förutsättning av denne är aktuell för vårdkontakter från narkomanvårdens sida. Socialstyrelsen har i sin tillsynsverksamhet inte funnit att denna verksamhet strider mot kravet i läkarinstruktionen att läkare i sin verksamhet skall handla efter vetenskap och beprövad erfarenhet. Utskottet finner inte anledning att ingå i någon prövning av frågan."

Utskottet kan emellertid

"inte acceptera att verksamheten i Lund utökas eller liknande verksamheter inleds på andra håll i strid med strävandena inom narkotikapolitiken. Skulle detta bli

aktuellt anser utskottet att en författningsreglering måste övervägas. Utskottet förutsätter att regeringen liksom även socialstyrelsen kommer att följa utvecklingen och om så erfordras tar initiativ till lagstiftningsåtgärder."

7.9.2 HIV-testerna

HIV-testerna har kommit att ses som ett viktigt medel i epidemibekämpningen. Dels därför att en omfattande testning gör det möjligt att följa epidemins förlopp, vilket är en förutsättning för att åtgärderna skall kunna inriktas på för smittskyddet viktiga målgrupper och områden. Dels därför att det antas att de personer som får besked om att de är smittade tar ansvar för att smittan inte sprids vidare.

Den senare aspekten är, mot bakgrund av vad som tidigare sagts, inte lika relevant för narkotikamissbrukarna som för andra s k riskgrupper. Man kan i allmänhet inte förvänta sig att aktiva intravenösa missbrukare anpassar sin livsföring i smittskyddets intresse. Erfarenheterna visar att reaktionen på ett besked om att antikroppar mot HIV-virus påvisats i vissa fall snarare kan bli den motsatta; att den som får beskedet i desperation över sitt öde intensifierar sitt missbruk och därigenom utsätter andra för större risker än tidigare. Därtill kommer att risken för självmordshandlingar och överdoser av allt att döma stegras ytterligare i dessa situationer.

Därmed är inte sagt att man bör undvika att HIV-testa narkotikamissbrukare. Även om HIV-testet i sig i allmänhet har ett mera begränsat värde från epidemibekämpningssynpunkt i den gruppen än för personer med andra s k riskbeteenden så kan testet användas som instrument i motivationsarbetet. Den kontakt med missbrukaren som kan etableras i samband med provtagningen kan vara den öppning som behövs för att motivera missbrukaren att söka vård för sitt missbruk. Men det förutsätter att arrangemangen kring provtagningen är omsorgsfullt utformade. Det bör också understrykas att man inte kan tillmäta ett enstaka negativt provresultat något större värde när det gäller intravenösa missbrukare och andra som genom sin livsföring utsätter sig för risken att bli smittade. I vissa fall kan det ta flera månader innan en person som smittats utvecklar antikroppar mot viruset, vilket är en förutsättning för att den som är smittbärare skall kunna identifieras. Ett negativt testresultat är således ingen garanti för att vederbörande inte är smittad, om han inte under relativt lång tid före testet har avstått från intravenöst missbruk eller sexuella kontakter med personer som kan vara smittade. Alla intravenösa missbrukare måste betraktas som potentiella smittbärare.

I den promemoria som låg till grund för AIDS-delegationens ställningstaganden om narkomanvården hösten 1985 underströks att HIV-testningen av narkotikamissbrukarna så långt som möjligt borde knytas till narkomansjukvården för att säkerställa att den kombinerades med erforderligt psykosocialt stöd och långsiktig behandling. Vidare underströks att det ofta kunde vara nödvändigt att patienten lades in på en avgiftningsavdelning fram till dess att resultatet förelåg eftersom erfarenheterna visade att många narkotikamissbrukare drabbades av kraftiga krisreaktioner både under väntetiden och när de slutligen fick besked om

att de var smittade. Många levde sig så starkt in i att de kunde vara smittade under de ca två veckor som de väntade på testresultatet att de uppvisade samma reaktioner som om de redan hade fått beskedet om att de var smittade. Erfarenheterna under den tid som gått sedan dess har bekräftat den bilden. Det har kommit flera rapporter som tyder på att självmordshandlingar och annat destruktivt beteende förekommer bland narkotikamissbrukare som väntar på resultatet av provsvar. I några fall tycks själva oron för beskedet ha lett till fullbordade självmord. Därtill kommer som framgått att erfarenheterna visar att en del av dem som får ett besked om att de är HIV-smittade reagerar med desperata handlingar och ett intensifierat missbruk.

Utvecklingen har emellertid endast i begränsad utsträckning inneburit att narkotikamissbrukarna testats inom narkomansjukvården. I många fall är förklaringen att HIV-testet tagits när missbrukaren befunnit sig vid någon av kriminalvårdens slutna institutioner — häkten och anstalter — och fått sitt behov av information och psykosocial uppföljning tillgodosett av dess sjukvårdspersonal. Men i ett icke obetydligt antal fall har provtagningen skett polikliniskt, oftast på en infektionsklinik. I åtskilliga av dessa fall har missbrukaren saknat varje kontakt med narkomanvården såväl före som efter provtagningen. Erfarenheterna från Stockholm visar dessutom att en stor andel av de HIV-smittade narkotikamissbrukarna har kontakt endast med infektionssjukvården, eftersom infektionsläkarna inte haft framgång i sina ansträngningar att motivera dem för att ta kontakt med narkomanvården. Därtill kommer att många av narkotikamissbrukarna uteblir från planerade återbesök inom sjukvården och är svåra att nå för såväl infektionsläkarna som smittskyddsläkaren. Många av de HIV- smittade narkotikamissbrukarna saknar dessutom fast adress. Man kan mot den bakgrunden hävda att de åtgärder som hittills vidtagits för att tillgodose de smittade narkotikamissbrukarnas behov av medicinsk och psykosocial uppföljning är klart otillräckliga.

Det finns skäl att understryka att provtagningen av narkotikamissbrukare, som inte befinner sig inom kriminalvården, så långt som möjligt bör kombineras med insatser från narkomanvårdens sida. Det är vidare angeläget att den som skall testas kan erbjudas plats på en avgiftningsenhet eller på en institution i samband med provtagningen. Att provtagningen måste kunna kombineras med ett erbjudande om någon form av sluten vård framstår för närvarande som utomordentligt angeläget i fråga om de mest riskutsatta injektionsmissbrukarna i Stockholm, dvs i fall där man på goda grunder har anledning att befara att det kommer att visa sig att de är smittade.

Det är realistiskt att räkna med att en missbrukare som vet att det är stor risk för att han eller hon är smittad är mycket ångestfylld inför provtagningen. Väntetiden måste användas som en förberedelse för det eventuella beskedet om att smitta föreligger. Vad den enskilde ger uttryck för i situationen varierar starkt. Somliga tar det till synes lugnt men är kaotiska under ytan. Andra blir mer eller mindre desperata och utagerande. Det är viktigt att klienten inte lämnas åt sig själv med sin oro och sina frågor. Väntetiden måste utnyttjas konstruktivt för att ge klienten möjlig-

het att gradvis vänja sig vid att han eller hon kan vara smittad. Visar det sig sedan att det inte förhåller sig så, finns det förmodligen ofta jämförelsevis goda möjligheter att motivera honom eller henne för fortsatt vård och behandling. Visar det sig att vederbörande är smittad, så är han eller hon känslomässigt förberedd vilket gör att beslutet inte behöver upplevas som lika katastrofalt som det annars skulle ha gjort. Därmed ökar också möjligheterna att hjälpa klienten igenom krisen och få till stånd en långsiktig behandling.

Det ligger i sakens natur att bedömningen av vilken grad av omhändertagande som krävs i samband med provtagningen ofta blir en annan på orter där HIV-smittan hittills endast fått en mycket begränsad spridning eller ingen alls. På sådana orter — där sannolikheten för att den testade skall visa sig vara smittad är låg — kan det framstå som tillräckligt att provtagningen sker polikliniskt under förutsättning att missbrukaren förbereds inför provtagningen och att uppföljningen efter det att provsvaret lämnats blir intensiv och långvarig.

Även om det således ofta kan finnas skäl att genomföra poliklinisk AIDS-testning av narkotikamissbrukare, så framstår den aktuella situationen i Stockholm som klart otillfredsställande. Möjligheterna att erbjuda plats inom narkomansjukvården i samband med provtagning är begränsade, eftersom avgiftningsresurserna inte räcker till. De missbrukare som kan vara i behov av en plats inom narkomansjukvården i samband med provtagningen konkurrerar med andra missbrukare som har lika angelägna behov av avgiftning; t ex som förberedelse för långsiktig behandling på behandlingshem eller i familjevård.

Detta motiverar enligt socialberedningens mening en utbyggnad av resurserna så att de missbrukare som är i behov av ett kvalificerat omhändertagande i samband med provtagningen kan erbjudas ett sådant. I de fall missbrukaren inte vistas vid någon av kriminalvårdens eller socialtjänstens institutioner måste omhändertagandet kunna ske inom sjukvården — antingen inom narkomansjukvården eller genom att man tillskapar sådana resurser inom infektionssjukvården.

Därtill kommer, vilken lösning man än väljer, att de missbrukare som vänder sig till infektionssjukvården för provtagning — eller medicinsk uppföljning vid konstaterad HIV-smitta — måste ges ett långsiktigt stöd inom narkomanvården. Som en viktig del i detta ligger att se till att klienten går på regelbundna medicinska kontroller inom infektionssjukvården.

Erfarenheterna från Stockholm visar att samarbetet mellan narkomanvården och infektionssjukvården måste förstärkas. Det är angeläget att nå den av allt att döma stora andel narkotikamissbrukare som söker sig till infektionssjukvården och som inte låter sig motiveras för en kontakt med narkomanvården. Det framstår mot den bakgrunden som nödvändigt att tillskapa team inom infektionssjukvården där personal med erfarenheter från narkomanvården ingår.

7.9.3 Långsiktig vård av HIV-smittade narkotikamissbrukare — några problem

Det råder bred enighet om att utgångspunkten måste vara att de HIV-smittade narkotikamissbrukarnas behov av krisbearbetning och långsiktigt psykosocialt stöd är en uppgift för narkomanvården. Det viktigaste nu, som tidigare, är att motivera missbrukaren att sluta missbruka. Det faktum att klienten är HIV-smittad, med de psykiska och medicinska komplikationer som det medför, måste självfallet beaktas i behandlingsarbetet. Det är t ex ännu viktigare än tidigare att så långt som möjligt försöka förhindra att klienterna avbryter behandlingen i förtid. Detta är minst lika viktigt för dem som ännu inte smittats, eftersom ett behandlingsavbrott i allmänhet innebär att de återgår till en miljö och livsföring som utsätter dem för risken att bli smittade. Självbevarelsedriften hos missbrukarna, både hos dem som redan smittats och dem som ännu inte smittats, måste tas till vara i behandlingsarbetet.

De HIV-smittade missbrukarna har särskilt stora behov av psykiskt och socialt stöd.

Den som får ett besked om att han eller hon är HIV-smittad konfronteras med ett budskap som innehåller två huvudelement. Dels att han är smittbärare för resten av livet. Dels att han löper en betydande risk att utveckla en dödlig sjukdom. Vilket av dessa besked som upplevs som tyngst att bära varierar från person till person och skiftar dessutom för varje individ över tid.

Erfarenheterna när det gäller narkotikamissbrukarna visar emellertid, som framgått, att beskedet oftast utlöser allvarliga krisreaktioner hos dem som drabbats. De flesta narkotikamissbrukare som har ett långvarigt missbruk bakom sig har visserligen i en viss mening levt med döden nära inpå sig. Samtidigt visar erfarenheterna att tanken på att dö av AIDS är mycket skrämmande även för narkotikamissbrukarna. De flesta som misstänker eller får veta att de är smittade upplever stark dödsångest. Psykologen Mona Duckert, som arbetat med HIV-smittade narkotikamissbrukare vid Statens klinikk for narkomane i Oslo, ger i en artikel (Duckert 1986) en tänkbar förklaring till detta. Fruktan att dö är ofta förbunden med en fruktan för smärtor. Narkotikamissbrukarna är kanske särskilt rädda för att behöva genomleva ett smärtsamt sjukdomsförlopp. De har vant sig vid att dämpa smärtor med narkotiska medel och har ofta upplevt att de inte fått de smärtstillande doser som de själva anser att de behöver i samband med avgiftning eller annan sjukhusvård. Många av dem som är HIV-smittade är upptagna av om de kommer att få smärtstillande medel när de blir sjuka. De blir utlämnade till sjukvårdspersonalen och förlorar kontrollen över sina liv. Det perspektivet kan framstå som outhärdligt i jämförelse med att dö av en överdos som ofta upplevs som en möjlighet att dö — när man själv vill och utan smärtor.

Klienten måste således få hjälp att bearbeta och hantera den dödsångest som beskedet utlöser och lära sig leva med risken att insjukna och dö av AIDS.

Insikten om att vara smittbärare för resten av livet är också svår att bära för dem som drabbats. Att vara smittad innebär bl a att tvingas vidta

försiktighetsåtgärder vid sexuellt umgänge, att avstå från att få barn, att riskera att bli utstött och övergiven av anhöriga och vänner, att bli avvisad som patient eller arbetstagare eller diskriminerad på annat sätt.

Det är också uppenbart att det är stor skillnad i fråga om motivet för att sluta missbruka mellan de smittade och de ännu ej smittade narkotikamissbrukarna. För de senare finns möjligheterna till ett normalt liv inom räckhåll. För de smittade är framtiden oviss. De löper inte bara en kraftigt förhöjd risk att dö en förtidig död utan måste också avstå från att bilda familj — en dröm som många knyter mycket av sin motivation till att upphöra med missbruket till. Det är lätt att inse att många av de smittade narkotikamissbrukarna kan uppleva att de har svaga motiv för att upphöra med missbruket.

Mot den bakgrunden framstår det som en mycket svår behandlingsuppgift att motivera en HIV-smittad klient att upphöra med missbruket och ändra sin livsföring i övrigt. Klienten måste få hjälp med att skaffa sig ett så meningsfullt liv som möjligt med de begränsningar som det innebär att vara smittbärare.

Ett viktigt led i detta är att hjälpa honom eller henne att upprätthålla kontakten med anhöriga och vänner. Erfarenheterna visar att det är få nära anhöriga som avvisar missbrukare av rädsla för att bli smittade. Men de har behov av att bli informerade och samtala om de problem och frågor som aktualiseras.

Ett annat område som måste uppmärksammas och bearbetas är sexualiteten. Den som är smittbärare upplever ofta att han eller hon inte kan ha sexuella förhållanden överhuvud taget. De restriktioner som krävs för att reducera smittrisken upplevs som hinder för ett normalt sexualliv. Därtill kommer, som Mona Duckert konstaterar i den tidigare nämnda artikeln, att de kvinnor som har erfarenhet av prostitution förknippar användningen av kondom med de kunder de mött och känner en stark avsky och motvilja mot att använda kondom vid sexuell samvaro inom ramen för en kärleksrelation. För många — såväl manliga som kvinnliga narkotikamissbrukare — var dessutom sexualiteten ett allvarligt problem redan innan de smittades av HIV-virus.

Den uppgift som narkomanvården för närvarande möter i arbetet med de HIV-smittade missbrukarna är sammanfattningsvis utomordentligt svår.

Somliga har sett detta som ett av flera motiv för att bereda de HIV-smittade narkotikamissbrukarna vård vid särskilda enheter inom narkomanvården. Utvecklingen har dock hittills inneburit att de smittade missbrukarna har vårdats tillsammans med missbrukare som ännu inte smittats. Vissa behandlingshem har emellertid avböjt att ta emot smittade narkotikamissbrukare.

Socialberedningen vill för sin del framhålla att det numera finns starka motiv för att utveckla särskilda vårdprogram inom narkomanvården som anpassas till de HIV-smittades behov av stöd och behandling inom såväl LVM-vården som den frivilliga vården.

Det kanske viktigaste skälet för detta är att prognosen för de HIV-smittade av allt att döma är sämre än vad som antogs bara för något år sedan. Som framgått av avsnitt 6.3.2 tyder internationella data numera på

att majoriteten av de smittade kommer att utveckla AIDS eller förstadier till AIDS i ett längre tidsperspektiv. Mot den bakgrunden framstår det som nödvändigt att anpassa målen — och därmed också behandlingsinnehållet — till de HIV-smittade narkotikamissbrukarnas särskilda behov av psykosocialt stöd och medicinsk omvårdnad. Det finns särskilt skäl att framhålla vikten av att de behandlingsenheter som tar emot HIV-smittade klienter tillförsäkras tillgång till psykiatriska och medicinska resurser.

Ett annat skäl för särskilda vårdprogram för de smittade missbrukarna är risken för smittspridning på behandlingshemmen. Det finns särskilt skäl att peka på risken för att smittan sprids genom sexuella kontakter mellan de inskrivna klienterna. De flesta behandlingshem har visserligen infört "sexförbud", men det ligger i sakens natur att det i praktiken är mycket svårt att förhindra sexuella kontakter. Detta har också anförts som ett av flera motiv för att i större utsträckning satsa på enkönade behandlingshem.

Därtill kommer att klienterna kommer att behöva stöd från narkomanvården även sedan de utvecklat s k förstadier eller diagnostiserad AIDS. Visserligen får infektionssjukvården en alltmer central roll i takt med att klienternas immunförsvar bryts ned och medicinska komplikationer tillstöter. Samtidigt måste de smittade och sjuka narkotikamissbrukarna tillförsäkras omsorg och stöd inom narkomanvården mellan vårdperioderna på sjukhus. Det förefaller rimligt att tänka sig att det framöver kommer att bli nödvändigt att tillskapa särskilda resurser i samverkan mellan socialtjänsten och sjukvården som kan svara för denna "terminalvård".

7.10 Resursfrågan

7.10.1 Inledning

I detta kapitel har vi diskuterat olika vägar att förstärka vården av vuxna alkohol- och narkotikamissbrukare. Är dessa förändringar möjliga att genomföra utan kraftigt ökade resurser inom vårdområdet?

Missbrukarvårdens resurser är totalt sett underdimensionerade. Det gäller även frånsett den särskilda narkomanvården, där en allmän resursförstärkning framstår som ofrånkomlig, inte minst mot bakgrund av AIDS-epidemin bland narkotikamissbrukarna. Beläggningen vid behandlingshemmen är hög. Avgiftningsenheter och andra enheter inom sjukvården som är särskilt inriktade på vård av missbrukare arbetar ofta under ett högt tryck och har svårigheter att ta emot alla vårdsökande. Socialsekreterarna har i allmänhet en orimlig arbetsbörda om man ser till antalet samtidigt aktuella klienter. Det är inte ovanligt att en socialsekreterare kan ha omkring femtio klienter som var och en har behov av olika stöd- och hjälpinsatser. Den uttunnade kontakt som den höga arbetsbelastningen framtvingar innebär en stark begränsning av socialarbetarnas möjligheter att genom långsiktiga och målmedvetna insatser bidra till klienternas rehabilitering.

Slutsatsen av allt detta kan förefalla klar; att det krävs en betydande förstärkning av resurserna inom vårdområdet som helhet. Resursfrågan är emellertid mer komplicerad än så. Man kan inte se problemet som om det enbart handlade om att addera nya resurser till de redan existerande. En central fråga är hur de befintliga resurserna utnyttjas och om det är möjligt att använda dem på ett effektivare sätt.

7.10.2 Oplanerad vård är dyr vård

Särskilda behandlingsinsatser för missbrukare inom socialtjänsten — exempelvis på behandlingshem eller i s k strukturerade vårdprogram inom den öppna vården — framstår ofta som jämförelsevis dyrbara alternativ. Kostnaderna per vårddag på ett behandlingshem varierar i allmänhet mellan 500 och drygt 1 000 kronor. Vissa av de behandlingshem som särskilt vänder sig till narkotikamissbrukare kan ha betydligt högre vårddagskostnader.

Dessa kostnader är direkt avläsbara i budgeten. Det är självklart att prövningen av om vård på behandlingshem kan komma till stånd blir noggrannare i ett kärvt ekonomiskt läge.

Som framgått av kapitlen 4, 5 och 6 är de tunga missbrukarnas vårdkonsumtion mycket omfattande. Vårdkontakter inom både den somatiska och psykiatriska sjukvården orsakade av missbruket är vanliga. Den direkta vårdkostnaden är bara en kostnad bland många. Dessutom har de tunga missbrukarna återkommande kontakter med socialbyråerna, framför allt för att erhålla socialbidrag.

Det innebär att kostnaderna för vården av de tunga missbrukarna blir stora, även om inga planerade och långsiktigt syftande vårdinsatser sätts in.

Det finns få undersökningar som har lagt ekonomiska aspekter på missbrukarvården. Möjligheterna att analysera vårdkostnader för olika alternativa insatser blir därmed begränsade. Det finns dock två aktuella undersökningar som berör dessa frågeställningar.

I kapitel 5 (avsnitt 5.6.5) redovisas vissa uppgifter ur en undersökning (Möller, Östlund 1985) som kartlagt vilka vårdinsatser några LVM-klienter erhållit efter det att vården enligt LVM avslutats. Kartläggningen visade att klienterna i stor utsträckning återkom till vård under uppföljningstiden, som varierade mellan fem månader och ett år. Såväl sluten som poliklinisk vård inom kommunala och landstingsdrivna vårdenheter kartlades. Klienternas kontakter med socialtjänstens öppna verksamhet ingick dock inte i undersökningen. Författarnas intryck var att vården i liten utsträckning var samordnad och planerad. Vårdinsatserna tycktes snarare fungera enligt den s k svängdörrsprincipen. Den övervägande delen av vårdinsatserna var kortvariga även om en del klienter vårdats på behandlingshem under längre tider.

Samtliga klienter hade någon vårdkontakt under uppföljningstiden. Antalet vårddagar varierade kraftigt. Det genomsnittliga antalet vårddagar var närmare 100. Det innebär att klienterna i genomsnitt befann sig i vård tio dagar varje månad under uppföljningstiden.

Den genomsnittliga kostnaden per vårddag under uppföljningstiden

var 665 kronor vilket kan jämföras med kostnaden för LVM-vården som uppgick till 513 kronor per dag i genomsnitt. Vården under uppföljningstiden var alltså dyrare vilket hänger samman med att den i stor utsträckning gavs inom sjukvårdens mer personalintensiva och därmed dyrare verksamheter.

En annan undersökning (Wadeskog m fl 1986) har jämfört kostnaderna för tre olika behandlingsalternativ för tunga missbrukare, nämligen traditionell öppenvårdskontakt på ett socialdistrikt, behandling vid ett litet miljöterapeutiskt behandlingshem för alkoholmissbrukare och behandling i ett strukturerat öppenvårdsprogram.

Den ekonomiska analysen är inte begränsad enbart till programmens budgeterade kostnader utan sätter in kostnaderna för vården i ett större sammanhang. I beräkningarna av rehabiliteringens kostnader har författarna tagit med både kostnader som direkt kan hänföras till respektive vårdprogram, kostnader som är bokförda på andra kostnadsställen inom socialtjänsten och kostnader som drabbar andra myndigheter. Man har däremot inte försökt uppskatta mer allmänna samhällskostnader av typ otrygghet, lidande och förtidig död.

Ett första slående resultat av denna studie är att skillnaderna mellan de budgeterade och de faktiska kostnaderna är så stora. Skillnaderna förklaras av en rad kostnader, t ex socialbidrag, lokaler och projektledning som belastar andra grenar av socialtjänsten men som rätteligen borde hänföras till behandlingsprogrammen. En stor del utgörs av kostnader för andra myndigheter eller vårdenheter.

Ett annat intressant resultat av studien är att skillnaderna i kostnader mellan den traditionella öppenvårdskontakten och de två behandlingsalternativen inte är så stora. Vårddagskostnaderna för både behandlingshemmet och den strukturerade öppenvårdsbehandlingen uppgick till drygt 400 kronor. Kostnaderna för klienten på socialbyrån var 265 kronor per dag.

Enligt författarna innebär ändå beräkningen av kostnaderna för socialbyråkontakten en kraftig underskattning av de verkliga kostnaderna. Beräkningen har utgått från ett typfall för att illustrera en "representativ" tung missbrukare. Jämförelsen gäller en missbrukare som inte kommer ifråga för någon form av behandling. Kontakterna med socialbyrån innebär framför allt tillfälligt kompletterande socialbidrag. Typklienten representerar de klienter som byrån inte har tillräckliga resurser vare sig personellt eller ekonomiskt att satsa på.

Skillnaderna mellan budgeterade och faktiska kostnader är avsevärt mycket större för socialbyråkontakten än för de båda andra alternativen. I socialbyråarbetet är med andra ord de dolda kostnaderna särskilt stora.

Det bör påpekas att studiens resultat har större relevans för de yngre missbrukarna än för de äldre, eftersom den typ av vårdprogram med relativt höga behandlingsmål som socialbyråkontakten här har jämförts med, inte framstår som realistiska alternativ för många av de äldre missbrukarna. Mycket talar emellertid för att också en utbyggnad av de långsiktigt stödjande insatserna för denna missbrukargrupp inom den öppna socialtjänsten kan ses som lönsam, utifrån en samhällsekonomisk analys av samma slag som utförts i den refererade studien.

7.10.3 Vården av alkoholmissbrukare behöver omorganiseras

Att förbättra socialtjänstens insatser för de tunga alkoholmissbrukarna handlar i stor utsträckning om att undvika en destruktiv rundgång i vårdsystemet och att bygga upp långvariga och kontinuerliga stödkontakter inom den öppna vården. Vården behöver utvecklas i riktning mot att varje enskild klient har huvudsaklig kontakt med en enda socialarbetare eller med ett mindre team av socialarbetare. En ökad personkontinuitet i relationen socialarbetare-klient framstår som en nödvändig förutsättning för bättre vårdresultat.

Ett förverkligande av detta mål ställer, som konstaterats tidigare i kapitlet, bl a krav på organisatoriska förändringar. Exempel på sådana förändringar är fler verksamheter specialiserade på vård av missbrukare, en större differentiering av insatserna för olika målgrupper och ett förstärkt samarbete mellan huvudmännen.

Dessa förändringar bör, enligt socialberedningens uppfattning, kunna genomföras utan att resurserna för vården av alkoholmissbrukare totalt sett behöver ökas. Det kan däremot innebära att vissa sektorer, t ex de särskilda missbrukargrupperna på socialdistrikten och dagcentralsverksamheterna behöver byggas ut. Förstärkningar inom dessa områden kan leda till effektivitetsvinster som innebär att den totala kostnaden för socialnämnden inte nödvändigtvis behöver bli högre. Intressanta exempel på detta kan hämtas från kommuner som utvecklat alternativa modeller för socialbidragsarbetet. Tyresö kommun har sålunda i ett projekt ökat antalet socialsekreterare i ett distrikt för att kunna ge varje klient ett mer ingående stöd. En utvärdering av projektet (Oxenstierna, Larsson 1986) visar att de ökade insatserna hade den effekten att klienternas behov av hjälp kvarstod under kortare tid. Förutom de humanitära vinsterna innebar detta, trots de ökade insatserna, en ekonomisk vinst för kommunen.

Ett stort problem i detta sammanhang är det splittrade huvudmannaskapet för missbrukarvården. Resurserna och ansvaret finns på såväl kommunal och landstingskommunal som på statlig nivå. Den bristande samordningen är ett stort hinder för den önskade utvecklingen. En effektivare vård inom socialtjänsten innebär minskade kostnader men inte i första hand inom den egna organisationen utan i ännu högre grad inom sjukvården. En väg att gå för att lösa dessa problem är att en större del av verksamheterna inrättas som gemensamma enheter där socialtjänsten och sjukvården delar på ansvaret och kostnaderna.

En angelägen uppgift är också att vidareutveckla ekonomiska analysinstrument för att skapa säkrare beslutsunderlag för planeringen av vilka vårdinsatser det är angeläget att satsa på. De ekonomiska aspekterna bör få större betydelse i samband med vårdresursplaneringen och ligga till grund för förhandlingar på lokal nivå mellan de olika huvudmännen om hur resurserna skall fördelas när det gäller vården av missbrukare.

7.10.4 Vården av narkotikamissbrukare måste byggas ut

Som understrukits är det nödvändigt att förstärka insatserna mot narkotikamissbruket, bl a mot bakgrund av AIDS-hotet. Förstärkningar krävs inom vårdkedjans samtliga led.

Riksdagen har anslagit särskilda medel för bekämpningen av AIDS. För budgetåret 1986/87 har 100 milj kr anvisats. I dessa medel ingår stöd för en utveckling av narkomanvården.

Ur det beviljade anslaget lämnas för närvarande stöd till

- utbyggnad av specialiserad öppenvård för narkotikamissbrukare
- åtgärder för att förebygga spridning av HIV bland unga missbrukare
- insatser för prostituerade missbrukare
- samordnade insatser för narkotikamissbrukare inom kriminalvården
- åtgärder för att förbättra möjligheterna till avgiftning och behandlingsplanering, bl a för att utveckla s k motivationshem som kan kopplas direkt till sjukvårdens avgiftningsenheter
- utbyggnad av behandlingshem för eftersatta målgrupper inklusive vård enligt LVM.

Det kan också nämnas att det för närvarande sker en snabb utbyggnad av s k vårdbaser för narkotikamissbrukare och att det i så gott som samtliga län finns eller planeras särskilda program för vården av narkotikamissbrukare. Mot bakgrund av den tidigare redovisade situationen inom vårdområdet är det angeläget att denna utbyggnad fortsätter. Beredningen vill särskilt understryka behovet av en utbyggnad av avgiftningsenheter inom sjukvården och behandlingshem för missbrukare som kräver särskilt anpassad behandling, t ex prostituerade missbrukare och missbrukare med allvarliga psykiska störningar.

LVM-vården för narkotikamissbrukare är ett resursmässigt särskilt eftersatt område. Till denna fråga återkommer beredningen i kapitel 13.

7.10.5 Yngre alkoholmissbrukare kräver särskilda insatser

Som konstaterats i kapitel 5 är de yngre vuxna alkoholmissbrukarna en grupp som bara i liten utsträckning kommer ifråga för planerade behandlingsinsatser. De fångas sällan upp av vården och avbryter ofta den vård som erbjuds. De yngre alkoholmissbrukarna har ofta en bakgrund och en social situation som liknar narkotikamissbrukarnas. Blandmissbruk är dessutom vanligt i dessa åldrar.

I dag saknas i stor utsträckning adekvata vårdresurser för de yngre alkoholmissbrukarna. Behandlingsmetoderna behöver utvecklas, både på behandlingshemmen och inom den öppna vården. Vad som i ökad omfattning krävs är aktivt bearbetande behandlingsinsatser av det slag som i dag främst förekommer inom narkomanvården, vid öppenvårdens särskilda s k vårdbaser och vid behandlingshemmen för narkotikamissbrukare.

Att klara dessa behov genom omprioriteringar inom ramen för missbrukarvårdens nuvarande resurser måste bedömas som svårt. Starka skäl talar därför för ett resurstillskott till detta område. Särskilda behandlingsinsatser för yngre vuxna alkoholmissbrukare bör vidare, enligt beredningens mening, ges hög prioritet vid fördelningen av de statliga medlen för utvecklingsarbete inom missbrukarvården.

7.10.6 Institutionsvård behövs också för de tyngsta grupperna

Den år 1986 genomförda förändringen av statsbidraget till missbrukarvården har, som konstaterades i kapitel 5, snabbt fått stora konsekvenser i form av neddragningar av antalet vårdplatser på behandlingshem för vuxna missbrukare. Som vi också konstaterade i kapitel 5 tyder mycket på att öppenvårdsalternativen inte växer fram i samma takt som institutionerna avvecklas.

Härtill kommer att de återstående behandlingshemmen har börjat förändra sin inriktning. I stigande utsträckning vänder man sig företrädesvis till missbrukare som har kvar i varje fall en del av sin sociala förankring.

Den sammantagna effekten av dessa förändringar är att de tyngsta missbrukargrupperna löper ökade risker att inte få sina vårdbehov tillgodosedda.

Ett annat problem, som bör uppmärksammas i detta sammanhang, är det starkt växande inslaget av behandlingshem drivna av enskilda huvudmän. De stiftelsedrivna institutionerna svarar nu för en betydande del av de institutionella vårdresurserna. Inom narkomanvården är de stiftelsedrivna hemmen helt dominerande och även inom vården av alkoholmissbrukare har det under de senaste åren skett en kraftig expansion av behandlingshem med enskild huvudman.

De stiftelsedrivna hemmen bedriver ofta kvalitativt högstående verksamheter. Deras tillkomst har inneburit en vitalisering av metodutvecklingen inom området. De har också i många fall kunnat ge vårdpersonalen högre lön och större möjligheter till utbildning och handledning. Tillskottet har utgjort en nyttig konkurrens.

Samtidigt är det enligt beredningens uppfattning angeläget att den offentligt drivna vården även i fortsättningen svarar för driften av en betydande del av behandlingshemmen. Samhället har det yttersta ansvaret för att missbrukarvården fungerar på ett tillfredsställande sätt och att alla grupper av missbrukare kan erhålla lämplig vård. Att i stor utsträckning sätta sin lit till enskilt drivna institutioner kan mot den bakgrunden innebära vissa risker. Många av de enskilda behandlingshemmen för alkoholmissbrukare — narkomanvården uppvisar en annan bild — vänder sig till andra missbrukargrupper än de tyngsta inom socialtjänsten. Nödvändigheten av att även de sämst ställda missbrukarna garanteras erforderlig vård är därför ett av flera argument för att samhället inte kan överlåta en alltför stor del av ansvaret för driften av behandlingshemmen till enskilda huvudmän.

Ett starkt beroende av den stiftelsedrivna vården innebär också en viss osäkerhet för socialnämnderna. Det finns inga garantier för att verksamheten blir bestående. Stiftelsebildarna kan av olika skäl, ekonomiska eller andra, bestämma sig för att låta institutionen upphöra eller ombilda den. I en sådan situation kan det vara svårt för socialnämnden att finna alternativa vårdmöjligheter.

7.10.7 Statsbidraget

Vi har i det föregående konstaterat att de nya reglerna för statsbidrag till missbrukarvården har lett till kraftiga minskningar av platsantalet vid behandlingshemmen för missbrukare. Även om underlaget är alltför bristfälligt för att några säkra slutsatser om utvecklingen i övrigt skall kunna dras, är det som framhållits mycket som talar för att detta totalt sett har inneburit en nedrustning av vårdmöjligheterna för i första hand de tyngsta missbrukargrupperna. Tillräckligt kvalificerade öppenvårdsalternativ synes nämligen inte ha tillkommit i samma takt som institutionsresurserna har minskat.

Allvarliga farhågor inför denna utveckling har framförts till beredningen av socialarbetare, företrädare för klientorganisationer och andra, bl a vid den hearing om vården av alkoholmissbrukare som beredningen anordnade hösten 1986.

I samband med att det nya statsbidragssystemet genomfördes, fick socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen inom området. I proposition 1984/85:151 om statsbidrag till missbrukarvård m m anförde föredragande statsrådet bl a (sid 24):

"Jag föreslår att socialstyrelsen, bl a mot bakgrund av den önskvärda utvecklingen mot en samlad vårdresursplanering, årligen efter samråd med de båda kommunförbunden till socialdepartementet skall redovisa en sammanställning och analys av de förändringar som har skett inom missbrukarvården m m. Materialet skall bl a ligga till grund för fortsatta ställningstaganden i fråga om statsbidraget."

Socialstyrelsen väntas lämna en första redovisning senare under år 1987.

En slutlig värdering av utvecklingen måste anstå till dess resultaten av socialstyrelsens analys föreligger. Enligt beredningens mening finns det emellertid skäl att överväga att gå över till ett statsbidragssystem, som innehåller starkare garantier för att de sämst ställda missbrukarnas vårdbehov blir tillgodosedda. Frågan om statligt stöd till utveckling av LVM-vården behandlas i kapitel 13.

7.11 Sammanfattning

Respekten för klienten som person får inte leda till passivitet inför ett fortgående tungt missbruk. När det gäller de tunga missbrukarna kan det inte accepteras att socialarbetarna passivt inväntar att motivationen för förändring skall inställa sig hos klienten. Socialtjänsten har skyldighet att bedriva en aktivt uppsökande verksamhet för att tillförsäkra missbrukarna rätten till stöd och vård.

För att markera detta aktiva förhållningssätt föreslår beredningen ett tillägg till socialtjänstlagens 11 §. Genom lagändringen förtydligas socialnämndens ansvar för att missbrukare får erforderlig vård. I bestämmelsen klargörs också att vården måste planeras och att socialnämnden noga skall följa den planerade vården.

En stor del av de tunga narkotikamissbrukarna är okända för såväl socialbyråerna som den särskilda narkomanvården. Många av dessa har

i stället kontakt med polisen och kriminalvården. Det är mot den bakgrunden nödvändigt att få till stånd en bättre samordning av socialtjänstens och de rättsvårdande myndigheternas insatser.

Samarbetet mellan polis och socialtjänst bör förstärkas — under ömsesidig respekt för de båda myndigheternas olika funktioner och roller i missbruksarbetet.

Samarbetet mellan kriminalvård och socialtjänst har under senare år utvidgats på ett positivt sätt. Möjligheterna att avtjäna en del av strafftiden på behandlingshem eller i familjevård utnyttjas på ett sätt som ofta leder till att långsiktiga behandlingsinsatser kommer till stånd.

Socialtjänstens arbete med missbrukarna bör få en mer långsiktigt stödjande karaktär. Det krävs bl a för att undvika att missbrukarna roterar mellan olika vårdenheter utan någon sammanhållande länk. Samarbetet mellan vårdens olika delar måste förstärkas. Inte minst viktigt är det att institutionsvistelser följs upp genom väl planerade insatser i den öppna vården.

De psykiskt svårt störda missbrukarna faller ofta mellan socialtjänstens och psykiatrins ansvarsområden. De mest vårdbehövande riskerar därmed att få sina vårdbehov särskilt dåligt tillgodosedda.

Socialberedningen föreslår att regeringen ger socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med landstings- och kommunförbunden utarbeta en plan för hur vården av psykiskt svårt störda missbrukare kan förbättras, bl a genom ett förstärkt samarbete mellan socialtjänst och psykiatri.

Missbrukarnas förankring på arbetsmarknaden har försämrats drastiskt under de senaste tjugo åren. Såväl socialtjänst som arbetsförmedlingar upplever stora svårigheter att komma till rätta med detta. Bristen på effektiva samverkansformer mellan olika inblandade myndigheter förvärrar problemet. Sådana samverkansformer bör kunna utarbetas och prövas försöksvis.

Socialberedningen föreslår att arbetsmarknadsstyrelsen får i uppdrag att i samråd med socialstyrelsen, riksförsäkringsverket, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet dra upp riktlinjer för en försöksverksamhet av detta slag.

De frivilliga organisationerna utgör en viktig resurs i missbruksarbetet. De är många och har en starkt växlande inriktning, vilket ger utrymme för mångfald och differentiering av insatserna. Socialberedningen framhåller vikten av stöd till de frivilliga organisationernas arbete.

Övergången från den gamla funktionsuppdelade socialvården till den integrerade socialtjänsten har medfört viktiga vinster i det sociala arbetet. Den har skapat förutsättningar att se till individens totala situation. Där integrationen har lett till en långtgående avspecialisering av missbruksarbetet, har den emellertid samtidigt medfört allvarliga kompetensförluster. När det gäller arbetet med de tunga missbrukarna inom den öppna socialtjänsten är det nödvändigt att bibehålla och förstärka olika typer av specialresurser.

De politiskt förtroendevalda i socialnämnder och sociala distriktsnämnder spelar en central roll för det sociala arbetet i kommunerna. De har bl a ansvaret för att i konkurrens med övriga kommunala verksamheter driva fram tillräckliga ekonomiska resurser och att värna det sociala området.

Att vårdarbetarna har god utbildning och hög kompetens är avgörande för möjligheten att nå framgång i behandlingsarbetet. Socionomutbildningen har ofta kritiserats bl a för att den i alltför liten utsträckning är anpassad till den verklighet som möter yrkesverksamma socionomer inom socialtjänsten. Socialberedningen framhåller behovet av fördjupning av denna utbildning när det gäller kunskaper om missbruk och missbrukarvård.

Grundutbildningen måste kompletteras med återkommande fort- och vidareutbildning. Särskilda utbildningsinsatser för behandlingshemspersonal bör kunna erhålla stöd genom de anslag som socialstyrelsen disponerar för utvecklingsinsatser inom vårdområdet.

I det ofta krävande arbetet med de tunga missbrukarna är handledning ett nödvändigt inslag. Det finns risk för att resurserna för handledning ifrågasätts av besparingsskäl i kommunerna. Socialberedningen understryker att detta är en kortsiktig besparing, som riskerar att leda till en ineffektiv missbrukarvård.

HIV-epidemin bland narkotikamissbrukarna har ställt narkomanvården inför dess största utmaning hittills. Regeringens AIDS-delegation har uppställt målet att alla injektionsmissbrukare skall nås för provtagning, avgiftning och behandling. Klyftan mellan detta höga mål och vad narkomanvården kan uträtta i dagsläget är emellertid avsevärd. Narkomanvården måste tillföras de resurser som är nödvändiga för att den skall klara sin svåra uppgift.

HIV-testning av narkotikamissbrukare måste så långt som möjligt kombineras med psykosocialt stöd och långsiktig behandling. Många behöver ett kvalificerat omhändertagande i samband med provtagningen. Samarbetet mellan infektionssjukvården och narkomanvården måste förstärkas.

Det finns starka motiv för särskilda vårdprogram inom narkomanvården som kan anpassas till de HIV-smittades särskilda behov av stöd och behandling.

Missbrukarvårdens resurser är totalt sett underdimensionerade. Delvis kan resursproblemet lösas genom förändrade arbetsmetoder och förändrad organisation. Socialtjänstens och sjukvårdens insatser för de tunga missbrukarna är i dag ofta oplanerade och dåligt samordnade. Sådan oplanerad och kortsiktig vård är inte bara ineffektiv utan också dyrbar.

Starka skäl talar däremot för resurstillskott dels till narkomanvården, dels till vården av den växande gruppen av socialt utslagna, yngre vuxna alkoholmissbrukare, som i dag sällan fångas upp av vården och ofta avbryter den vård som erbjuds.

Det nya system för statsbidrag till missbrukarvården, som började tillämpas år 1986, har snabbt lett till en kraftig minskning av antalet vårdplatser på offentligt drivna behandlingshem. Mycket tyder på att kvalificerade öppenvårdsalternativ inte har vuxit fram i samma takt som institutionerna avvecklats. Utvecklingen riskerar att gå ut över de tyngsta grupperna av missbrukare.

Enligt socialberedningens mening finns det skäl att överväga att gå över till ett statsbidragssystem, som innehåller starkare garantier för att de sämst ställda missbrukarnas vårdbehov blir tillgodosedda.

8 Tvångets roll och funktioner inom missbrukarvården

8.1 Bakgrund

8.1.1 Inledning

Frågan om den nya sociallagstiftningen skulle ge möjligheter till tvångsvård av vuxna alkohol- och narkotikamissbrukare kom att bli en av de mest omdiskuterade under de år socialtjänstreformen arbetades fram. Motsättningarna rörde allt från den grundläggande frågan om tvångsvård överhuvud taget kunde accepteras till om tvångsvården skulle begränsas till det akuta avgiftningsskedet eller användas för att säkerställa genomförandet av hela det långa behandlingsprogram som kan behövas för att någon skall komma ifrån sitt missbruk.

Vi skall här inte ge någon utförlig beskrivning av de olika linjerna i den s k tvångsdebatten. Däremot kan det finnas skäl att erinra om några viktiga utgångspunkter i debatten.

Det kom att råda en relativt bred enighet om att samhället i vissa situationer måste ha möjlighet att ingripa med åtgärder till skydd för vuxna missbrukare. En fråga som väckte intensiv debatt var däremot vilket samhällsorgan som skulle svara för vården — dvs om tvångsvården skulle beredas med stöd av en social eller en medicinsk lagstiftning. Denna fråga var i sin tur intimt förbunden med frågor som rörde grunderna för tvångsingripanden, vårdtidens längd och syftet med vården. Debatten var tidvis mycket polariserad och kom att kretsa kring den grundläggande frågan om den lag som skulle reglera tvångsvården av vuxna missbrukare skulle ha karaktären av *akutlag* eller *vårdlag*.

En annan mycket kontroversiell fråga var om lagen också skulle omfatta möjligheter till tvångsomhändertaganden till skydd för missbrukarens omgivning.

8.1.2 Akutlag

Den minst ingripande formen av tvångsvård är knuten till allvarliga medicinska och/eller psykiska komplikationer till missbruket. Vårdtiden begränsas till den tid som erfordras för att avhjälpa det akuta vårdbehovet — vården kan inte pågå längre än vad som är medicinskt/psykiatriskt motiverat. Tvångsingripandet sker i situationer som antingen innebär att direkt livsfara föreligger eller i varje fall är så akut destruktiva att ett kortvarigt tvång framstår som enda utvägen. Det s k LPV-förslaget (se

avsnitt 2.1.5) byggde i sina huvuddrag på akutvårdsprincipen. Enligt förslaget skulle vuxna missbrukare kunna beredas psykiatrisk tvångsvård i högst fyra veckor. Tvångsvårdstiden skulle möjliggöra avgiftning och psykiatrisk vård men begränsas till att möta ett akut hjälpbehov i situationer av allvarlig fara för liv eller hälsa. Den skulle syfta till att försätta den hjälpbehövande i en sådan fysisk och psykisk kondition att han själv kunde motiveras för fortsatt vård i frivilliga former. Det förutsattes att den faktiska vårdtiden i många fall skulle bli kortare.

Det bör påpekas att begreppet motivation i LPV-förslaget hade en mycket snäv innebörd. Syftet var att få missbrukaren i ett sådant fysiskt och psykiskt skick att han hade realistiska möjligheter att ta ställning till de behandlingserbjudanden han fick — inte att hålla honom kvar för att säkerställa genomförandet av motivationsarbetet. "Alla åtgärder som har ett vidare syfte (än att avhjälpa det akuta vårdbehovet) måste vidtas som stödinsatser i samförstånd med den enskilde" (prop 1979/80:1 del C bilaga 4 sid 61). Vårdens medicinskt-psykiatriska inriktning underströks ytterligare av att tvångsvården enligt förslaget skulle beredas med stöd av sjukvårdslagstiftningen.

En akutlagstiftning bygger på synsättet att ingen förändring är möjlig om inte missbrukaren själv tagit ställning — är motiverad — för att förändra sitt liv. Den enskilde missbrukaren kan behöva stöd och hjälp och rimliga möjligheter att utveckla sina resurser och bearbeta sin situation — men ansvaret är hans eget. Det är först efter det att missbrukaren gjort detta ställningstagande som varaktiga förändringar kan komma till stånd. Tvångsvård kan accepteras i akut destruktiva lägen men endast för att avhjälpa det akut medicinskt-psykiatriska vårdbehovet. Däremot har man ingen tilltro till att tvångsvård på andra grunder och med vidare syften kan ha någon positiv effekt. Risken är snarare att tvångsingripandet äventyrar den långsiktiga behandlingen.

8.1.3 Vårdlag

Begreppet motivation är centralt även för dem som i debatten förordade att den nya lagen skulle utformas som en renodlad vårdlag — men utifrån helt andra utgångspunkter. Man tar fasta på att det ofta är svårt att motivera missbrukare för behandling. Många avvisar behandling — eller avbryter pågående behandling — därför att de inte vill eller kan upphöra med missbruket. En missbrukarvård som bygger på total frivillighet eller begränsar tvångsingripandena till kortvariga livräddningsaktioner leder till att de sämst ställda går under. Tvånget behövs som en yttre ram under hela — eller åtminstone under större delen av — behandlingsförloppet för att hålla missbrukaren kvar när motivationen sviktar. Mot den bakgrunden ansåg man att tvångsvården bör kunna pågå under lång tid — ett år eller till och med längre.

Förslagen om längre vårdtider var i allmänhet kopplade till förslag om vidare grunder för ingripanden, dvs man ville inte begränsa möjligheterna till tvångsingripanden till enbart akuta lägen. Vidare förordades oftast att lagen skulle innehålla regler till skydd för andra än missbrukaren själv.

8.1.4 LVM — en kompromiss

LVM är en kompromiss mellan dessa båda synsätt. Grunderna har visserligen i huvudsak givits akutlagskaraktär men vårdtiderna är utformade så att klienten kan hållas kvar mot sin vilja längre än vad som normalt erfordras för det akuta vårdbehovet. En grundtanke i LVM är att tvångsvården skall ses som en inledning till en behandling som i de flesta fall måste pågå en längre tid efter det att vården enligt LVM har avslutats. Behandlingsmålet är således betydligt högre ställt än det som låg till grund för LPV-förslaget. Enligt LVM bör klienten under tvångsvårdsperioden aktivt påverkas att fullfölja behandlingen i frivilliga former. Syftet är alltså inte enbart att ge honom eller henne realistiska möjligheter att i avgiftat tillstånd ta ställning till olika behandlingserbjudanden. Tvångsvårdstiden i LVM skall med andra ord säkerställa att klienten kan hållas kvar under den tid detta motivationsarbete pågår. LVM-vårdens mål är att klienten skall motiveras till en behandling som syftar till bestående förändringar av livssituationen.

Det som förenar LVM och akuttvånget är synen att varaktiga förändringar inte kan komma till stånd utan den enskildes eget ställningstagande och aktiva medverkan i vården. Det som förenar LVM och vårdlagstvånget är tanken att tvångsvård kan leda fram till att klienten gör ett sådant ställningstagande — med den avgörande skillnaden att vårdtiden i LVM begränsas till ett inledande skede av motivation och planering.

LVM innehåller också ett begränsat skydd för andra än missbrukaren själv. Skyddet inskränker sig dock till missbrukarens familj.

8.2 Utgångspunkter

8.2.1 Inledning

Vi skall i detta kapitel dra upp vissa principiella riktlinjer för hur tvångsvårdslagstiftningen när det gäller vuxna missbrukare enligt vår uppfattning bör vara utformad. Detta är en utgångspunkt för de ställningstaganden som vi mer utförligt redovisar i kapitel 9.

En första central fråga gäller *tvångsvårdens syfte.* Kan tvångsvård av vuxna missbrukare motiveras enbart för att avvärja en akut fara för missbrukarens liv eller hälsa? Eller kan tvångsvård vara motiverad också i syfte att förmå missbrukaren att gå in i en förändringsprocess, som kan leda till att han eller hon kommer ifrån sitt missbruk och/eller till andra viktiga positiva förändringar av missbrukarens situation? Kan det försvaras att tvångsvård av vuxna missbrukare används inte bara för att inleda en sådan process utan även för att säkerställa att den slutförs? Är det, slutligen, försvarligt att använda tvångsvård av vuxna missbrukare inte bara för att skydda missbrukaren själv eller att hjälpa honom att komma ifrån sitt missbruk utan även för att skydda hans närstående, eller hans omgivning över huvud taget, från det destruktiva beteende — i första hand våld eller hot om våld — som missbruket inte sällan kan utlösa?

En annan grundläggande fråga gäller *vilka grupper av missbrukare* som bör kunna bli aktuella för tvångsvård. Som LVM har kommit att tillämpas, har den främst använts när någon har hamnat i mycket akuta, ofta livshotande, tillstånd till följd av sitt missbruk. Bör lagen vara reserverad för dessa fall? Eller bör den därutöver, förutsatt att det rör sig om ett allvarligt missbruk, kunna användas även i mindre akuta situationer? De som i dag bereds LVM-vård är huvudsakligen missbrukare i så sena stadier av missbruket att detta har orsakat påvisbara medicinska skador. Är det en rimlig avgränsning? Eller finns det skäl att i ökad omfattning möjliggöra LVM-vård även i sådana tidigare skeden, då missbruket visserligen är allvarligt, men ännu inte har medfört allvarliga skador?

En tredje fråga gäller vilka *vårdtider* som LVM bör medge. Den frågan måste besvaras med ledning av svaren på de föregående frågorna om tvångsvårdens syften och LVM:s målgrupper. Om syftet enbart är att avvärja en akut kris till följd av missbruket, blir slutsatsen att vårdtiden som regel kan och bör vara kort. Om syftet däremot är att förmå missbrukaren att lämna sitt missbruk och/eller att åstadkomma andra viktiga positiva förändringar av missbrukarens situation, kan längre vårdperioder vara nödvändiga.

En fjärde fråga gäller vad man skulle kunna kalla *tvångsvårdens möjligheter*. Kan missbrukaren påtvingas de förändringar som det är vårdens syfte att uppnå? Kan man åstadkomma mer under tvång än att genomföra en avgiftning så att missbrukaren själv kan ta ställning till en eventuell fortsatt vård? Kan man också under tvångsvårdstiden genomföra ett motivationsarbete, dvs övertala klienten att välja fortsatt vård i frivilliga former? Vilka förändringar hos missbrukaren är överhuvud taget möjliga, med hjälp av en behandling som missbrukaren inte själv har valt?

Dessa frågor — som delvis går i varandra och inte kan besvaras oberoende av varandra — har getts vitt skilda svar i debatten om tvångsvårdens roll inom missbrukarvården. Vår ambition här är inte att göra någon uttömmande genomgång av de argument som har framförts eller kan framföras till förmån för de olika ståndpunkterna. Vi begränsar oss till några enligt vår mening centrala aspekter.

8.2.2 Tvångsvård — en sistahandslösning

En av förutsättningarna för vård enligt LVM är att missbrukarens vårdbehov inte kan tillgodoses i frivilliga former. I LVM-propositionen (prop 1981/82:8) underströk föredragande departementschefen (sid 42) bl a att

"insatser till stöd för missbrukare och deras familjer helst bör ske i samförstånd med dessa. Jag håller det för självklart att man därigenom har de bästa möjligheterna att nå ett framgångsrikt resultat."

Principen att tvångsvård inte skall kunna komma i fråga om vårdbehoven kan tillgodoses inom ramen för frivilliga insatser är i sig självklar. Naturligtvis vore det orimligt att tvinga någon till vård, om vården lika

gärna kan komma till stånd på frivillig väg. Regeln om frivilligvårdens företräde bör, som framhölls i LVM-propositionen,

"främst ses som en erinran om att alla möjligheter till insatser i samförstånd med den enskilde skall övervägas och befinnas otillräckliga innan vård med stöd av LVM tillgrips."

Det torde väl inte heller råda några delade meningar om att det ger ett bättre utgångsläge för behandlingen, om missbrukaren tagit ställning för att försöka förändra sitt sätt att leva och behandlingen redan från början grundar sig på en frivillig överenskommelse mellan honom och behandlaren/behandlingsenheten. Ett sådant ställningstagande är ett viktigt hjälpmedel för att få honom att ta ett självständigt ansvar för att behandlingen genomförs.

Om behandlingsinsatserna inleds under tvång, är utgångsläget ofta mindre gynnsamt. Mötet med vården kan komma att präglas av ett starkt motstånd. Till bilden hör nästan alltid att klienten har åtskilliga misslyckade behandlingsförsök bakom sig. Behandlaren står inför uppgiften att bryta igenom en aggressiv och låst hållning för att överhuvud taget åstadkomma en kontakt — vilket i sin tur är en förutsättning för att det fortsatta behandlingsarbetet skall kunna bli meningsfullt. Det är således oftast starka spärrar att ta sig igenom, något som bidrar till att göra särskilt den inledande fasen av vården till en svår behandlaruppgift. Misslyckas detta, riskerar man att låsa fast klienten i ett ännu starkare behandlingsmotstånd.

Det bör påpekas att denna bild av tvångets konsekvenser för behandlingssituationen inte gäller generellt. Särskilt för de LVM-intagna äldre alkoholmissbrukarna tycks situationen ofta vara annorlunda. Vissa av dessa förefaller inte reagera med något starkare motstånd mot behandlingen, sedan de väl kommit till institutionen.

Som vi kommer att utveckla nedan (avsnitt 8.2.3) är vidare gränserna mellan frivilligt och tvångsvis anordnad vård inte så skarpa som man ibland föreställer sig. Det finns olika "tvångsnivåer" mellan vad som kan betecknas som absolut frivillighet och direkt tvång, såväl i vårdens inledningsskede som i senare skeden av behandlingen.

Detta rubbar emellertid inte den grundläggande utgångspunkten, nämligen att behandlingen har större utsikter att leda till positiva förändringar, om klienten själv har valt den.

Principen om frivilligvårdens företräde innebär inte att frivilligvård nödvändigtvis måste ha prövats innan ett beslut om LVM-vård kan fattas. När frågan om LVM-vård aktualiseras har klienten vanligtvis erhållit frivilligvård, oftast många gånger och i många olika former. Men det är inte — och bör inte vara — ett krav. I vissa lägen måste det räcka med bedömningen att det framstår som orealistiskt att tillgodose vårdbehovet i frivilliga former.

Principen om frivilligvårdens företräde innebär inte heller att frivilligvård automatiskt skall väljas om missbrukaren samtycker till sådan vård. Ett samtycke är naturligtvis ett starkt indicium att frivilligvård är möjlig. Men även när ett samtycke till erforderlig vård föreligger, måste man enligt den nuvarande lagen göra en bedömning av om samtycket fram-

står som realistiskt. Man måste pröva inte bara om samtycket är ärligt menat, utan också om klienten kan antas ha rimliga chanser att fullfölja en behandling under frivillighet.

Ungefär hälften av de anmälningar angående behov av LVM-vård som görs till länsstyrelserna leder till ansökan om sådan vård hos länsrätten (se avsnitt 3.3). Övriga ärenden avskrivs. Den av allt att döma viktigaste orsaken till denna anmärkningsvärt höga avskrivningsfrekvens är att klienten samtycker till vård enligt socialtjänstlagen, under de kontakter som kommit till stånd mellan klienten, socialarbetaren och länsstyrelsens handläggare efter det att anmälan tillställts länsstyrelsen. Många av dessa överenskommelser — som träffas under hotet av en annars förestående LVM-vård — leder sannolikt också till att vårdbehoven tillgodoses med hjälp av socialtjänstlagen. En begränsad stickprovsundersökning, som socialberedningen har gjort, tyder dock på att den frivilliga vård som klienten samtyckt till i dessa lägen ofta avbryts nästan omedelbart eller överhuvud taget inte kommer till stånd (se avsnitt 3.3.3).

Självklart rör det sig här om svåra bedömningar och det är ofrånkomligt att det ibland måste bli felbedömningar. Det är en risk man får ta för att vinna den fördel som frivilligvården har framför tvångsvården, i de fall den kan genomföras. Men inför de uppgifter som tyder på att den planerade frivilligvården inte kommer till stånd i en betydande andel av avskrivningsfallen, finns det skäl att understryka vikten av att realismen i de frivilliga insatser som klienten samtycker till görs till föremål för noggrann prövning, innan samtycket läggs till grund för ett avskrivningsbeslut eller ett beslut att avslå en ansökan om LVM-vård.

Ytterligare en viktig aspekt på frågan om klientens samtycke till vården skall här beröras. Det förekommer inte sällan att en missbrukare samtycker till den vård som anges i LVM-vårdansökan, eftersom han inte tror sig om att kunna fullfölja vården i frivilliga former. I den uppföljning av tillämpningen av LVM, som beredningen tidigare har redovisat i delbetänkandet (Ds S 1983:16) Erfarenheter av LVM, visade det sig att dessa fall var relativt vanliga. Så många som 22 procent samtyckte till LVM-vården.

Den vanligaste situationen när frågan om tvångsvård aktualiseras är emellertid att klienten inte samtycker till vård, vare sig till LVM-vården eller till vård enligt socialtjänstlagen. Många tunga missbrukare — av dem som socialtjänsten överhuvud taget får kontakt med — avvisar alla erbjudanden om vård i frivilliga former. Då handlar det följaktligen inte om ett val mellan tvångsvård och frivilligvård utan mellan tvångsvård och ingen vård alls, dvs som regel ett fortsatt tungt missbruk.

I många lägen väljer socialarbetaren att inte aktualisera tvångsvård, även när klienten avvisar frivilligvård och även när det rör sig om ett allvarligt missbruk, under antagandet att han senare skall kunna motivera klienten att gå in i en frivillig behandling. I vissa situationer framstår detta också som ett rimligt förhållningssätt, eftersom utsikterna att behandlingen skall leda till framgång är större om klienten väljer den själv. Förutsättningen är emellertid dels att socialarbetaren har tillräcklig grund att anta att klienten inom kort kommer att kunna övertalas till

behandling, dels att klienten inte under tiden utsätter sig för mycket stora risker genom ett fortsatt missbruk.

Inte minst det sista finns det skäl att understryka. Dessa risker varierar från individ till individ och sammanhänger med bl a klientens fysiska och psykiska tillstånd, hur destruktivt hans missbruk är och hur han lever i övrigt. Det har också att göra med vilken typ av missbruk det gäller. Om det rör sig om ett dagligt intravenöst narkotikamissbruk — med de risker för HIV-smitta, överdoseringar och andra akuta hälsorisker som ett sådant missbruk för med sig — kan en väntan på att klientens motivation skall infinna sig sällan försvaras, om inte motivationsarbetet leder till snabb framgång.

Till bilden hör också att de tunga missbrukarna ofta blir föremål för tvångsingripanden och tvångsvård med stöd av annan lagstiftning i de fall vård enligt socialtjänstlagen eller LVM inte kommer till stånd — eller misslyckas.

Som framgått av avsnitt 4.7 var sex av tio personer som avtjänade fängelsestraff den 1 april 1985 missbrukare. I absoluta tal rörde det sig om 2 753 personer. Som en jämförelse kan nämnas att 273 missbrukare var intagna enligt LVM på hem för vård eller boende den 31 december 1985.

Vidare utgör personer med missbruksdiagnoser en mycket stor andel av psykiatrins klienter. I socialstyrelsens undersökning av alla avslutade vårdtillfällen år 1979 utgjorde de med missbruksdiagnos (narkotika och alkohol) 45 procent, vilket innebär ca 51 000 vårdtillfällen. Av dessa var 5 515 under tvång.

I själva verket utgör således de missbrukare som bereds vård enligt LVM en mycket liten andel av det totala antalet missbrukare som blir föremål för tvångsingripanden.

8.2.3 Skillnaderna mellan tvångsvård och frivillig vård

Om behandlingen inleds under tvång är utgångsläget, som vi har konstaterat, sämre än om behandlingen från början grundar sig på en frivillig överenskommelse mellan klienten och behandlaren/behandlingsenheten.

Den frivilliga missbrukarvården arbetar emellertid sällan med välmotiverade klienter i den meningen att de definitivt tagit ställning för att lämna missbruket eller ens för att delta i de längre behandlingsprogram som ofta behövs. Beslutet att söka behandling är sällan vare sig överlagt eller frivilligt i egentlig mening. Flertalet missbrukare gör det valet mot bakgrund av någon form av press. Hit hör den press som ligger i en svår livssituation men till bilden hör också att missbrukaren ofta pressas att söka behandling av anhöriga eller myndigheter. Valet görs inte sällan mot bakgrund av ett aktuellt eller förestående formellt tvångsbeslut.

Detta illustreras i en rapport från en utvärdering av narkomanvården i Malmö kommun (Hilte, Andersson 1986). Av den framgår att flertalet av klienterna hade fått sin kontakt med narkomanvården förmedlad av olika samhällsinstitutioner. Endast var femte hade själv eller med stöd av anhöriga eller kamrater sökt sig till vårdenheterna. 15 procent av de

klienter som skrevs in på institution befann sig i olika slag av formella tvångssituationer. Vanligen hade de föreskrift om vård i ett domstolsutslag eller var dömda till fängelse men placerade på en behandlingsinstitution enligt 34 § KvaL. I något fall hade de en LVM-dom bakom sig (§ 15-placering). I åtskilliga andra fall beskrivs situationer bakom vårdkontakten som av klienten uppfattas som hot om formellt tvång; klienten hade t ex fått veta att hans/hennes barn sannolikt skulle komma att omhändertas om inte vårdkontakten togs, att en kommande rättegång skulle komma att sluta med en fängelsedom om vederbörande inte gick in i vård eller att socialbidrag inte skulle komma att betalas ut. Andra åter upplevde att de befann sig i ett reellt tvångsläge, även om det inte fanns ett hot om formellt tvång. Som pådrivande faktorer bakom vårdkontakten fanns krav från omgivningen; missbrukaren riskerade att mista jobbet, vräkas från sin bostad eller mista familjen. Andra betonade de fysiska riskerna med ett fortsatt missbruk; man orkade inte längre eller upplevde sig vara i livsfara. Författarna konstaterar att mönstret är att missbrukare som lever kriminellt har formella hot över sig i stor utsträckning, medan de som har arbete och lever i familjeförhållanden i mindre grad hotas av myndigheter och i högre grad av arbetsgivare, anhöriga etc.

Som framgått av avsnitt 6.5.3 ger data från det s k BAK-projektet en liknande bild av klienternas situation inför mötet med vården.

Som vi har konstaterat visar erfarenheterna också att LVM ofta ingår i den arsenal av faktorer som kan pressa en missbrukare att gå in i frivillig vård. Drygt hälften av alla LVM-anmälningar avskrivs, en stor del av dessa på grund av att klienterna under hotet av en annars förestående LVM-vård samtycker till vård enligt socialtjänstlagen. Utredningssituationen kan i många fall, enligt handläggarna på länsstyrelserna, användas konstruktivt för att åstadkomma en frivillig behandlingsplanering.

Den frivilliga missbrukarvården arbetar sålunda i en icke obetydlig omfattning med klienter som befinner sig i mer eller mindre uttalade tvångssituationer när de söker sig till vården. Detta utesluter naturligtvis inte att beslutet att söka behandling i vissa fall grundar sig på en egen vilja — motivation — till förändring även om motivationen "vitaliserats" av yttre faktorer. Men i åtskilliga andra fall är det realistiskt att räkna med att klienter som söker behandling mot bakgrund av det tvång som ligger i en svår socialt pressad livssituation eller någon form av tvång i bakgrunden (typ § 34-placering) ofta har svaga förändringsmotiv för beslutet att gå in i vård. Att söka vård framstår för tillfället som ett bättre alternativ än de övriga handlingsalternativ som står till buds. När klienten inte längre känner sig akut pressad, inte längre riskerar att bli överförd till fängelse om han avbryter vården etc, finns inte heller motiven för vård kvar - om han inte under vårdperioden på behandlingshemmet utvecklar egna motiv för att fullfölja behandlingen.

Det bör också framhållas att begreppet behandlingsmotivation ofta ges en alltför statisk innebörd. Ytterst få — om ens någon — är behandlingsmotiverade i den meningen att de är beredda att i ett slag förändra sina liv. För flertalet rör det sig snarare om att de är motiverade för att på försök inleda en behandlingskontakt. Beslutet vilar således i allmänhet på en mycket bräcklig grund.

Motivationsarbetet är centralt även vid frivillig behandling

När klienten kommer till behandlingshemmet ställs således behandlarna inför uppgiften att motivera klienten till ett eget och mera definitivt ställningstagande. Men motivationsarbetet kan inte avgränsas till den första fasen av behandlingen. Klientens motivation prövas under hela behandlingsförloppet. Det rör sig således inte om ett enstaka ställningstagande utan om en serie ställningstaganden. Man skulle kunna säga att varje ställningstagande handlar om att välja att stanna åtminstone ett tag till — att ta ytterligare steg — snarare än att ta definitiv ställning till att fullfölja ett behandlingsprogram som syftar till genomgripande förändringar. Risken för avbrott är särskilt stor i behandlingens inledningsskede då motivationen som regel kan antas vara särskilt vacklande och de känslomässiga banden mellan klienten och personalen inte hunnit bli tillräckligt starka för att hålla för den första tidens påfrestningar. Men motivationen är vacklande även i senare skeden av behandlingen. Frivillig behandling ställer stora krav på klienterna men även på personalen och institutionens behandlingsinnehåll. Motivationen formas i samspel mellan klienterna och behandlingsinstitutionen. Det samspelet måste fungera och klienten måste uppleva att behandlingen tillför honom något viktigt och värdefullt för att den skall kunna leda till varaktiga förändringar.

Behandlarnas motivation är också viktig

I en nyutkommen bok som behandlar begreppet motivation lämnas viktiga bidrag till förståelsen av dess betydelse för behandlingsprocessen (Jenner 1987). Det framhålls bl a att samspelet mellan klientens behandlingsmotivation å ena sidan och "behandlarmotivationen" å den andra är dåligt uppmärksammat. Författaren konstaterar att det inte finns något empiriskt stöd för antagandet att de klienter som har "hög motivation" kommer att klara sig bättre under och efter behandlingen. Däremot finns det flera forskningsrapporter som visar att behandlingsinnehållet är viktigare för behandlingsresultaten än klienternas motivation då behandlingen inleds.

Så visade t ex en utvärdering av ett s k terapeutiskt samhälle för alkohol- och narkotikamissbrukare, Hindbyhemmet i Malmö, att man under bra behandlingsklimat ofta lyckas skapa en vilja till förändring hos dem som från början var omotiverade. Men under perioder av dåligt behandlingsklimat hjälpte det inte alltid att klienten var motiverad från början. Det blev ändå ingen förbättring. I boken refereras andra studier som visar liknande resultat.

Författaren drar slutsatsen att det är minst lika viktigt att rikta sökarljuset mot behandlarnas motivation som klientens. "Behandlarmotivationen" speglar behandlingsorganisationens intresse av att arbeta med missbrukare, viljan till kontakt och engagemanget i missbrukarens villkor. Behandlarnas optimism eller pessimism, tilltro eller misstro, har en avgörande betydelse när det gäller att locka fram och vidmakthålla klientens motivation. För att missbrukarens motivation skall vara hög måste behandlarnas motivation hållas hög.

8.2.4 Informellt och indirekt tvång

Samspelet mellan behandlarna och klienterna påverkas också av graden av tvång i behandlingssituationen. Å ena sidan finns det självfallet en risk för att klienter som pressas in i vården mer eller mindre mot sin vilja avbryter den i förtid. Å andra sidan skulle många av missbrukarvårdens klienter inte söka sig till behandling om det inte fanns den typ av påtryckningar eller tvång i bakgrunden som beskrivs i Malmöundersökningen och i BAK-projektets studie. I många fall är troligen det faktum att klienten har någon form av press eller tvångsbeslut "hängande över sig" också en bidragande orsak till att han stannar kvar i behandlingen. Därmed är — som framhållits — inte sagt att en sådan press i sig är tillräcklig för att man skall nå framgång i behandlingsarbetet. Men den kan fungera som en motkraft i situationer när klienten tvekar om huruvida han skall stanna i behandlingen eller ej.

Sådana instrument har också kommit att användas medvetet i behandlingsarbetet inom missbrukarvården under senare år.

Behandlingsprogram som arbetar med missbrukare med en viss social förankring utnyttjar den press och det stöd som missbrukaren kan påräkna från personer i närmaste omgivningen som instrument i behandlingsarbetet. Pressen är *informell* och utövas av missbrukarens familj, arbetsgivare, arbetskamrater etc. Den s k Minnesota-modellen och självhjälpsgrupper av olika slag — Länkrörelsen, Anonyma Alkoholister (AA), kamratstödsgrupper på arbetsplatser etc — arbetar med liknande instrument.

Behandlingsprogram som arbetar med mer socialt utslagna och kriminellt belastade missbrukare utnyttjar *formella indirekta tvångsinstrument* i behandlingsarbetet, t ex det s k § 34-institutet, föreskrifter om vård i domstolsutslag eller vård i annan form enligt 15 § LVM. Det indirekta tvånget bygger mer eller mindre uttalat på tanken att formella tvångsbeslut kan "vitalisera" klientens behandlingsmotivation. Detta uttrycks tydligt i frivårdskommitténs betänkande (SOU 1984:32) Nya alternativ till frihetsstraff, där man bl a föreslår att kontraktsvård införs som en ny frivårdspåföljd för missbrukare. Kommittén konstaterar att en missbrukare som samtycker till att ingå i ett vårdprogram för att undgå fängelsestraff ofta har svaga motiv för vård:

> "Tanken är emellertid att det hot som ett fängelsestraff utgör skall kunna förmå missbrukaren att underkasta sig en vård som han annars inte är villig till. Det frivilliga valet mellan fängelse och vård skall därför kunna vara den öppning som behövs för att få missbrukaren att i vart fall tillfälligt avbryta sitt missbruk, även om behandlingsmotivationen inte är den rätta. I det avseendet kan det frivilliga valet av påföljd, manifesterat i vårdkontraktet, vara av värde"(sid 139).

Frivårdskommitténs betänkande ligger delvis till grund för propositionen (prop 1986/87:106) om ändring i brottsbalken m m (s k kontraktsvård m m).

Inom både tvångsvården och frivilligvården är, som vi har konstaterat, motivationsarbetet centralt om behandlingen skall kunna leda till varaktiga förändringar.

En annan likhet är att de frivilliga behandlingshemmen liksom LVM-hemmen ofta arbetar med klienter som har formella tvångsbeslut när de skrivs in i behandlingen. Men det finns också betydelsefulla skillnader. De frivilliga behandlingshemmen arbetar med indirekt tvång (det s k § 34-institutet, 15 § LVM, försöksutskrivning enligt LSPV etc) och LVM-hemmen under direkt tvång.

De behandlingshem som arbetar med indirekt tvång möter klienter som själva har tagit steget in i behandlingen. Det finns med andra ord ett inslag av eget val — även om detta val gjorts mot bakgrund av ett formellt tvångsbeslut. En sådan situation föreligger mera sällan i de fall klienten vårdas under direkt tvång.

Klienter som vårdas med stöd av LVM befinner sig på en vårdinstitution som har ett direkt ansvar för tvångsvården. I de fall behandlingen sker på ett frivilligt behandlingshem med stöd av indirekt tvång — t ex enligt 34 § KvaL eller 15 § LVM — ligger tvånget kvar inom kriminalvården respektive på LVM-hemmet. Personalen vid det frivilliga behandlingshemmet har endast skyldighet att rapportera om klienten avbryter behandlingen.

En annan betydelsefull skillnad är att behandlingsprogram som arbetar med indirekt tvång redan från början kräver att missbrukaren tar ställning till de regler och krav som programmet bygger på. Kraven på motivation är visserligen i allmänhet lågt ställda — ofta inskränker de sig till att klienterna accepterar programmets regler och har en beredskap att delta i de schemalagda aktiviteterna — men behandlarna kan trots allt räkna med och kräva att klienten tar ett visst eget ansvar redan i behandlingens inledningsskede. Det finns med andra ord ett slags avtal — muntligt eller skriftligt — mellan behandlingsenheten och klienten. Om klienten bryter mot detta, kan han som en yttersta sanktion tvingas lämna programmet. Klientens medverkan bygger således på ett överenskommet men brytbart avtal. Det ligger i sakens natur att behandlingsprogram som tar emot klienter som bereds vård mot sin vilja arbetar under helt andra förutsättningar. LVM-hemmen kan inte redan från början räkna med att klienten tar ett eget ansvar för behandlingen. Att motivera klienten till detta är ett viktigt delmål för behandlingen — men självfallet inte en förutsättning för att klienten skall tas emot vid hemmet.

Mot den bakgrunden kan konstateras att lösningar som bygger på indirekt tvång har klara behandlingsmässiga fördelar framför sådana som bygger på direkt tvång.

8.2.5 Tvångets syfte

En central fråga i diskussionen om LVM:s utformning är om det är möjligt att åstadkomma de förändringar hos missbrukaren som är vårdens syfte, om behandlingen omgärdas med direkt tvång. Ju mer pessimistiskt man besvarar den frågan, desto svagare blir den etiska grunden för att bevara eller bygga ut tvånget inom missbrukarvården.

Svaret på den frågan hänger självfallet samman med behandlingsmålen, dvs lagens syfte.

Det s k akuttvånget är knappast kontroversiellt. Detta i regel kortvariga tvång utlöses i livshotande eller nära nog livshotande situationer. Det enda syftet är att avvärja ett akut hot mot missbrukarens liv eller hälsa och hjälpa honom till ett läge där han själv är förmögen att ta ställning till — acceptera eller avvisa — erbjudanden om fortsatt behandling. Behandlingsmålen är i detta fall mycket lågt ställda. Det råder knappast några tvivel om att de kan uppnås med de insatser som görs.

Men kan man uppnå också högre ställda behandlingsmål under tvång? Kan tvångsvård leda fram till varaktiga förbättringar av missbrukarens livssituation; kanske rentav till varaktig missbruksfrihet eller andra avsevärda positiva förändringar?

Den nuvarande lagen vilar på förutsättningen att detta är möjligt. LVM syftar längre än till att bara hjälpa missbrukaren till en situation där han kan välja. Tanken är att han också skall motiveras till fortsatt vård i frivilliga former. Tvångsvården ses som en inledning till en behandling som kan leda till en bestående förändring av livssituationen.

Enligt vår mening är detta inte ett orealistiskt mål. Vi har därvid inte i första hand utgått från erfarenheterna från huvuddelen av de nuvarande LVM-hemmen — som ofta har tvingats arbeta med låga faktiska behandlingsmål. Erfarenheterna från de frivilliga behandlingshemmen, vilkas verksamhet i stor utsträckning kan beskrivas som ett motivationsskapande arbete, liksom från behandlingskollektiven för unga missbrukare talar entydigt för att det går att skapa en vilja till förändring även hos klienter som vid behandlingens inledningsskede saknar denna vilja eller har den bara i mycket begränsad utsträckning.

Det skall dock understrykas att man bör ha realistiska förväntningar på tvångsvårdens resultat. Behandlingsmålen måste anpassas till missbrukarens ålder, bakgrund, aktuella situation och vårdbehov. I fråga om de mest nedgångna och socialt utslagna äldre missbrukarna kan minskad alkoholkonsumtion, förbättrad hälsa och social funktionsförmåga samt förbättringar av levnadsförhållandena i övrigt ses som realistiska — och väsentliga — mål för vårdinsatserna. I fråga om de yngre missbrukarna är det både nödvändigt och mera realistiskt att arbeta med total rehabilitering som mål.

Detta får emellertid inte innebära att man dömer ut vissa klienter som icke behandlingsbara. En sådan behandlingspessimism är varken etiskt eller sakligt sett försvarbar. Graden av behandlingsbarhet är föränderlig och påverkbar. Även de mest utslagna missbrukarna kan med stöd förändra sin situation i avgörande hänseenden. Syftet med LVM-vården måste alltid, som vi närmare utvecklar i kapitel 13, vara att åstadkomma positiva förändringar hos missbrukaren, utöver den tillfälliga förbättring som själva vårdperioden på LVM-hemmet kan innebära. LVM-vården syftar generellt till fortsatt stöd och behandling i frivilliga former.

8.2.6 Tvångsvård i olika skeden

En viktig frågeställning när det gäller LVM är i vilket skede av missbruket som lagen kan, och bör kunna, användas. Skall man kunna ingripa på ett förhållandevis tidigt stadium, förutsatt att det rör sig om ett allvarligt

missbruk, eller är det först när missbruket pågått så länge att allvarliga skadeverkningar har börjat uppträda som lagen skall tillämpas?

LVM:s förarbeten ger inte någon helt entydig vägledning på denna punkt.

I LVM-betänkandet (SOU 1981:7) underströk socialberedningen att det inte krävs att missbruket "hunnit manifestera sig i form av inträffad allvarlig skada". Om missbrukarens aktuella tillstånd är tillräckligt allvarligt bör man, framhöll beredningen vidare, "kunna fatta beslut om att han skall få den nödvändiga vården utan att behöva avvakta till dess 'beroende' eller liknande kan styrkas". Man anförde också att när det gäller ungdomar "är det särskilt viktigt att kunna ingripa snabbt för att motverka ett begynnande allvarligt missbruk".

Dessa uttalanden — som departementschefen i propositionen uttryckligen ställde sig bakom — ger otvetydigt utrymme för ingripanden på ett tidigt stadium, framför allt när det gäller yngre missbrukare.

I fortsättningen anförde emellertid departementschefen bl a följande:

"Man skall, säger beredningen, objektivt kunna konstatera att missbrukarens fysiska eller psykiska tillstånd är sådant att han måste ha vård eller i vart fall måste iaktta avhållsamhet från alkohol eller narkotika för att inte allvarligt förvärra sitt tillstånd" (sid 40).

Departementschefen förklarade sig dela beredningens ståndpunkt även i detta hänseende. Detta uttalande, liksom vissa andra i lagens förarbeten, kan tolkas så att det för ett LVM-beslut krävs att missbruket har hållit på så länge att det redan har föranlett skador eller sjukdom.

De senare uttalandena synes i stor utsträckning ha blivit styrande för LVM:s tillämpning. Ofta har i praxis frånvaron av redan inträffade allvarliga hälsoskador ansetts omöjliggöra beslut om LVM-vård.

Enligt vår mening får en så restriktiv tolkning av LVM — som alltså visserligen har stöd i några av de uttalanden som gjordes vid lagens tillkomst men helt strider mot andra delar av LVM:s förarbeten — oacceptabla konsekvenser. Den innebär nämligen bl a att det i praktiken bara ges mycket begränsade möjligheter att ingripa vid ett allvarligt missbruk i åldrarna närmast över 20 år, dvs den period då missbruket och den sociala utslagningen ofta fördjupas och befästs. Vi kommer därför att i avsnittet om LVM:s grunder (9.2) föreslå justeringar av lagtexten i syfte att klargöra att lagen måste kunna användas även i tidigare skeden av missbruket än vad som hittills ofta har ansetts vara möjligt.

Vi vill här särskilt peka på de betydande skillnader som föreligger när det gäller möjligheterna att ingripa vid ett allvarligt missbruk med stöd av LVM å ena sidan och LVU — för missbrukare som ännu inte har fyllt 20 år — å den andra.

LVU kan vara tillämplig bl a om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för allvarlig fara genom missbruk av beroendeframkallande medel. I sina allmänna råd om LVU (1981:2) har socialstyrelsen, med anledning av vissa uttalanden av departementschefen vid LVU:s tillkomst, bl a understrukit

"vikten av att socialnämden i ett tidigt skede går in med stöd och hjälp då missbruksproblem uppmärksammas hos den unge. Normalt bör sådana åtgärder kun-

na ske med stöd av socialtjänstlagen. Kan behövliga insatser ej genomföras i frivilliga former, får nämnden inte vänta med att tillgripa LVU" (sid 38).

Någon tvekan om att LVU är tillämplig vid fall av allvarligt missbruk av alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel har inte kommit fram. Möjligheterna att ingripa enligt LVM är, som framgått, avsevärt mera begränsade.

Härtill kommer skillnaderna i vårdtider mellan de båda lagarna. Medan LVM medger högst två — eller i vissa fall fyra — månaders vårdtid, kan ett omhändertagande enligt LVU pågå till dess den unge fyller 21 år (i här aktuella fall gäller dock att omhändertagandet skall omprövas var sjätte månad).

Den sammantagna effekten av dessa skillnader mellan de båda lagarna är att väsentligt fler unga personer med ett allvarligt missbruk omhändertas för vård i åldrarna närmast under tjugo år än i åldrarna närmast över.

Det finns naturligtvis skäl att se med ännu större allvar på ett omfattande missbruk hos en tonåring än hos den som har fyllt 20 år. Detta kan vara ett skäl bland flera till att möjligheterna att omhänderta en missbrukare enligt LVU bör vara vidare än vad som krävs för LVM-vård. Men det kan enligt vår mening inte vara acceptabelt att tvångsvårdslagen för vuxna överhuvud taget inte kan användas för att motverka ett fortsatt allvarligt missbruk hos yngre, vuxna missbrukare annat än i närmast extrema undantagsfall.

En sådan tillämpning ter sig särskilt betänklig mot bakgrund av de uppgifter som återgetts i tidigare kapitel om att socialt utslagna ungdomar med allvarliga missbruksproblem i åldrarna 20—25 år är en växande grupp och samtidigt en grupp som man inom socialtjänsten har särskilt stora svårigheter att etablera meningsfulla behandlingskontakter med.

En annan fråga som rör både de yngre missbrukarna och missbrukare i senare stadier av missbruket är om lagen kan, och bör kunna, användas också i situationer som inte är helt akuta. Även på denna punkt ger lagens förarbeten något motsägelsefulla besked. I LVM-propositionen underströk visserligen departementschefen (sid 44) att det inte behövde föreligga "ett akut behov av avgiftning" för att lagen skulle vara tillämplig. I propositionen gjordes emellertid samtidigt uttalanden som kan tolkas så att LVM borde ha en renodlat akut karaktär. När propositionen preciserar i vilka lägen tvångsvård kan komma i fråga, talas det t ex om "uttalade krissituationer" (sid 43 f).

Även i detta avseende visar föreliggande uppgifter (jämför avsnitten 9.2.1 och 9.2.2) att LVM:s tillämpning har blivit restriktiv. I allt väsentligt har de ingripanden som sker med stöd av lagen kommit att förbehållas situationer som måste beskrivas som akuta. Som lagens grunder är formulerade kan denna utveckling av praxis inte heller sägas vara förvånande. När det i LVM talas om att missbrukaren till följd av missbruket utsätter sig för allvarlig fara, hänvisas enbart till faran för hans fysiska eller psykiska hälsa; det är alltså enbart hälsoaspekterna som tillmäts relevans, medan de faror som missbrukaren i andra hänseenden utsätter sig för genom missbruket lämnas därhän. Lagen ger inget utrymme för en

helhetsbedömning av missbrukarens situation och konsekvenserna för honom av ett fortsatt allvarligt missbruk. Härtill kommer att vårdbehovet enligt lagen måste vara "trängande".

LVM:s drag av akutlag har bidragit till att den i praktiken sällan används när det gäller missbrukare i åldrarna närmast över 20 år. Men det har också betydelse för missbrukare som befinner sig i senare stadier av missbruket. Enligt uppgifter till beredningen tycks det sålunda inte sällan vara så att det anses omöjligt att aktualisera tvångsvård av en tung alkohol- eller narkotikamissbrukare, som återfaller i allvarligt missbruk kort tid efter t ex institutionsvård, på grund av att missbrukaren ännu inte har blivit tillräckligt nedgången på nytt. Han eller hon bedöms ännu inte vara "LVM-mässig". Lämpligheten av ett ingripande med stöd av LVM måste naturligtvis prövas från fall till fall och från situation till situation. Men att generellt inskränka lagens användningsområde så långt att socialtjänsten måste invänta att missbrukaren hamnar i ett helt akut läge eller till och med en ren nödsituation till följd av missbruket är enligt vår mening inte rimligt.

Vilka konkreta slutsatser som man enligt vår mening bör dra av dessa ställningstaganden när det gäller utformningen av LVM:s grunder, redovisar vi i avsnitt 9.2.1.

8.2.7 Hela behandlingen kan inte genomföras under tvång

Socialberedningen utgick i sitt betänkande om LVM från att vården i de flesta fall måste fortgå en längre tid än 2—4 månader men ville inte förorda att hela det långa behandlingsprogram som kan krävas ges med stöd av lagen:

"En vård utan samtycke skall således begränsas till vad som erfordras för att ge den enskilde incitament till en fortsatt vård i frivilliga former. Den får inte innebära att samhället tar över den enskildes ansvar för sitt eget liv"(SOU 1981:7 sid 29).

Vård enligt LVM skulle alltså enligt beredningen ses som inledning till fortsatta stöd- och behandlingsinsatser i frivilliga former.

Enligt vår mening finns det starka motiv för att slå vakt om detta synsätt. Det innebär att vi avvisar tanken på att låta tvångsvården pågå för att säkerställa genomförandet av ett längre behandlingsprogram. Förändringar kan inte i längden tvingas på missbrukaren; han måste själv välja dem. I vissa situationer är det emellertid nödvändigt att tvinga en missbrukare till vård för att bryta en destruktiv utveckling och för att säkerställa att en förändringsprocess skall kunna inledas. Däremot måste behandlingen ha sin utgångspunkt i att det är missbrukaren själv som slutligen fattar beslut och tar ansvar för sitt liv.

Denna process kan inte i sin helhet genomföras under yttre tvång. Att låta tvångsvården pågå till dess syftet med vården är uppnått — när syftet är varaktig missbruksfrihet eller andra långtgående förändringar — framstår mot denna bakgrund som olämpligt. Att man genom formell yttre kontroll av missbrukarens beteende säkerställer en viss tids missbruksfrihet utgör i sig ingen som helst garanti för att missbrukaren själv kan kontrollera sitt missbruk när tvångsvården upphör.

Vårdinsatserna måste för att bli framgångsrika ge utrymme för personlig växt och mognad och bidra till att klienten själv kan ta kontroll över och styra sitt liv. I detta ligger att han efter en tids tvångsvård måste ges möjligheter att själv välja och ta konsekvenserna av sina val. Behandlarens uppgift är att stödja och hjälpa klienten i dessa valsituationer; att klargöra alternativen och så långt det är möjligt hjälpa honom eller henne till konstruktiva ställningstaganden. Klienten kan behöva det stöd som ett vårdbeslut innebär under en fas av behandlingen men stödet måste därefter ges i andra och mindre ingripande former.

Behandlingsplanen måste bygga på att klienterna efter hand ges möjligheter att själva ta ansvar för att behandlingen genomförs. Annars riskerar man att vården motverkar sitt syfte. Tvångsvården kan i och för sig ha en viktig funktion under den tid den pågår men kan samtidigt bidra till att klientens resurser och förmåga till eget ansvarstagande försvagas snarare än förstärks.

8.2.8 Tvångsvårdens längd

Vårdtiderna i LVM har varit omdiskuterade under de år lagen varit i kraft. Från många håll har hävdats att vårdtiderna är för korta för att säkerställa den inledande fas av motivationsarbete och planering som LVM skall möjliggöra, särskilt när det gäller yngre missbrukare.

I sammanhanget har man hänvisat till bl a erfarenheterna från de behandlingskollektiv som arbetar med unga missbrukare under 20 år. Kollektivens behandlingsprogram är fleråriga och dess klienter — eller elever som de brukar kallas — bereds i regel vård med stöd av LVU under lång tid, oftast under ett år eller längre.

Våren 1985 beslutade riksdagen att höja åldersgränsen för när vård enligt LVU senast skall upphöra. Den proposition (1984/85:171) som låg till grund för riksdagens beslut i denna del byggde på ett förslag från socialberedningen (Ds S 1984:15). Ändringen motiverades bl a med att erfarenheterna visat att det i vissa fall kan vara svårt att hålla kvar ungdomar, som är nära 20 år när vårdbeslutet fattas, i programmen vid kollektiven när LVU-vården upphör (prop sid 30). Genom lagändringen skapades en möjlighet att bedriva vård enligt LVU under ett år efter det att den unge fyllt 20 år. Denna tid borde, framhölls det, vara tillräcklig för att ett mer omfattande behandlingsprogram därefter skulle kunna genomföras i frivilliga former.

Som tidigare framhållits är det för närvarande en stor skillnad mellan LVU och LVM när det gäller grunderna för vård. Skillnaderna är, som också påpekats, stora även i fråga om vårdtiderna. En ung missbrukare som bereds vård enligt LVU innan han fyller 20 år anses i många fall behöva en ettårig vårdtid med stöd av lagen för att vården därefter skall kunna genomföras i frivilliga former. Om han däremot bereds vård med stöd av LVM strax efter det att han fyllt 20 år, anses två månader — eller om synnerliga skäl föreligger fyra månader — vara en tillräcklig vårdtid.

Enligt vår mening är skillnaden mellan LVU och LVM i fråga om vårdtidens längd oacceptabelt stor i förhållande till vårdbehoven hos många unga vuxna. Åldern är, som departementschefen framhöll i den

ovan nämnda propositionen om LVU, ingen exakt mätare på den unges mognad och utveckling.

Vi anser emellertid inte att detta kan motivera en höjning av åldersgränserna i LVU — ett förslag som framförts till beredningen från vissa håll. För missbrukare över 20 år, som är i behov av tvångsvård inom socialtjänsten, bör bestämmelserna i LVM tillämpas. Eventuella brister i LVM bör inte få läggas till grund för ändringar i LVU. Det går inte att ha särbestämmelser i LVU — som är en barn- och ungdomslag — som alltför långt avviker från myndighetsåldern.

Det anförda skulle kunna tala för att skapa utrymme för ettåriga vårdtider i LVM. Att genomföra en så långtgående förändring av tvångsvården av vuxna missbrukare kan emellertid enligt vår mening inte försvaras. Vi vill erinra om vår utgångspunkt att det inte är behandlingsmässigt lämpligt eller ens möjligt att låta tvånget bestå så länge att det garanterar att ett helt behandlingsprogram kan genomföras. Det gäller särskilt vid vård av vuxna. Utgångspunkten måste i stället vara att tvångsvården skall kunna pågå så länge att det finns rimliga förutsättningar att inleda en förändringsprocess.

Av skäl som vi närmare utvecklar i kapitel 9 är emellertid de nuvarande vårdtiderna enligt vår bedömning i många fall för korta för att syftet med vården skall kunna uppnås. De missbrukare som kommer i fråga för LVM-vård har redan som regel erbjudits — och oftast också prövat — frivillig vård, men dessa försök har misslyckats. Vi kommer att i avsnitt 9.2 föreslå att vårdtiden enligt LVM förlängs något. Vidare föreslås vissa andra ändringar av bestämmelserna, bl a att förlängningsinstitutet tas bort.

Syftet är emellertid inte att generellt förlänga den faktiska vårdtiden på LVM-hemmet. Det främsta motivet för att vi stannat för att föreslå något längre vårdtider är att det ökar möjligheterna för de LVM-vårdade att påbörja långsiktiga behandlingsprogram utanför LVM-hemmen under vårdtiden.

LVM ger redan i sin nuvarande utformning en sådan möjlighet genom 15 § LVM. Bestämmelsen har emellertid inte kommit till någon omfattande användning. Det främsta skälet till detta är av allt att döma att de nuvarande vårdtiderna i LVM är för korta för man skall kunna åstadkomma den smidiga övergång från LVM-hemmen till andra vårdformer som lagstiftaren avsett.

Enligt vår mening bör således stora ansträngningar göras i LVM-vårdens inledningsskede för att åstadkomma behandlingslösningar som den intagne själv väljer. Strävan bör vara att vårdperioden på LVM-hemmet görs så kort som möjligt och att klienterna slussas över till någon annan lämplig vårdform med stöd av lagen så snart det finns förutsättningar för detta. De behandlingsformer som kan komma i fråga är kommunalt eller enskilt drivna behandlingshem, familjehem, strukturerade behandlingsprogram i öppenvård etc. I en del fall kan det till och med vara lämpligt att den intagne slussas över till vård utanför LVM-hemmet omedelbart efter avgiftningen. Om försöket utfaller väl bör den intagne ges möjlighet att tillbringa återstoden av vårdtiden enligt LVM utanför LVM-hemmet.

Tanken är att vårdperioden på LVM-hemmet skall ge den öppning

som kan behövas för att motivera klienten att påbörja ett långsiktigt behandlingsprogram. Den återstående vårdtiden enligt LVM syftar till att säkerställa att han eller hon fullföljer den inledande fasen av detta program, vilket kan antas bidra till att klienten därefter fortsätter behandlingen i frivilliga former.

En liknande utslussning från LVM-hemmen kan ofta vara motiverad även för de äldre missbrukare som vårdas enligt LVM. För den gruppen torde det däremot i större utsträckning bli fråga om utslussning till öppna vårdformer på hemorten. Uppföljningen bör innehålla möjligheter för klienten att delta i någon form av daglig sysselsättning för att ge struktur åt vardagen och därmed bereda honom eller henne möjlighet till ett liv under värdigare former och med en högre grad av socialt fungerande.

Vårdtiden på LVM-hemmet bör oftast kunna begränsas till någon eller ett par månader. Ibland kan den uppföljning som krävs efter vårdtiden på hemmet ske i frivilliga former. I andra fall kan det vara motiverat att låta tvångsbeslutet gälla under en period efter det att klienten lämnat LVM-hemmet.

8.2.9 Vårdmotiven förblir centrala

Flertalet av nykterhetsvårdslagens (NvL) s k specialindikationer handlade om att missbrukaren — den åt alkoholmissbruk "hemfallne" — var farlig, störande eller belastande för sin omgivning. När NvL ersattes av LVM ville man bryta upp från den syn på lagens funktion som de gamla rekvisiten stod för. I LVM är missbrukarens egna behov av vård det centrala.

Från principen att det enbart är missbrukarens vårdbehov — och inte hänsyn till dennes omgivning — som skall kunna leda till LVM-vård gjordes emellertid ett viktigt undantag. Beslut om vård enligt LVM kan enligt lagen meddelas, om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda, inte bara om den enskilde "till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara" (3 § a) utan också om han "till följd av missbruket kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående".

En allvarlig fara för missbrukarens familj kan alltså motivera vård enligt lagen. Till skillnad från vad fallet var i nykterhetsvårdslagen — och till skillnad också från LSPV — begränsades sålunda skyddet till familjemedlemmar.

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

Vi vill för vår del ansluta oss till den sistnämnda ståndpunkten. Skälen

härför — som vi utvecklar utförligare längre fram (avsnitt 9.2.3) — kan sammanfattas enligt följande.

Närståendeskyddet har kommit till mycket begränsad användning som enda grund för beslut om vård enligt LVM. Detta skulle i och för sig kunna tala för att det nu kunde avvaras. En sådan slutsats framstår emellertid av flera skäl som förhastad. För det första avslöjar statistiken över hur ofta närståendegrunden åberopas vid beslut om LVM-vård inte hela sanningen. Ett viktigt observandum är att denna grund är betydligt vanligare vid omedelbara omhändertaganden. Inte sällan tycks närståendegrunden utgöra förutsättningen för ett ingripande i den akuta situationen. Om den fortsatta utredningen därefter visar att även LVM:s 3 § a-indikation (allvarlig fara för missbrukarens hälsa) är tillämplig, åberopas även denna grund, eller oftast enbart denna grund.

Att fara för närstående betydligt oftare finns med vid det akuta ingripandet än när anmälan eller ansökan om vård lämnas in kan naturligtvis bero på att denna fara vid en närmare bedömning inte har ansetts föreliggа, eller inte har ansetts vara tillräckligt allvarlig. Det kan emellertid också bero på att handläggarna föredrar att åberopa 3 § a framför 3 § b, när båda indikationerna är uppfyllda, dels av hänsyn till LVM:s grundläggande karaktär av vård- och inte skyddslagstiftning, dels och kanske framför allt av hänsyn till risken för repressalier eller annat obehag för missbrukarens närstående, om ansökan stöds på 3 § b. De uppgifter som beredningen har erhållit från olika länsstyrelser talar för att den sista förklaringen är åtminstone lika viktig som den första.

Det finns mot denna bakgrund skäl att tro att om närståendeskyddet togs bort, åtskilliga ingripanden som i dag görs med stöd av LVM i akuta situationer (och som i många fall leder till LVM-vård, låt vara oftast under åberopande enbart av faran för missbrukaren själv) inte skulle komma till stånd. Följden skulle därmed bli att skyddet för missbrukarens familjer skulle minska betydligt.

Som vi närmare utvecklar i avsnitt 9.2.3 kan detta skyddsbehov enligt vår mening inte fullt ut tillgodoses inom ramen för annan lagstiftning, bl a därför att det skydd som LVM ger föreligger redan vid fara för allvarlig skada. Ett så långtgående skydd är inte möjligt enligt brottsbalkens regler.

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

Vi har däremot inte funnit tillräckliga skäl för att vidga skyddet till att omfatta även andra än de närstående. Visserligen utsätter naturligtvis många missbrukare även andra i sin omgivning för våld, hot om våld eller annan fara. Dessa utomstående befinner sig emellertid som regel i en avsevärt mindre utsatt situation i förhållande till missbrukaren än vad hans närmaste gör. Motiven för att vidga skyddet till "annan" framstår därför som betydligt svagare än motiven för att inte göra det. Dessutom skulle en vidgning, från den begränsade personkrets som missbrukarens

familj utgör till i princip alla i hans omgivning, innebära ett betydligt allvarligare brott mot principen om LVM som en vårdlagstiftning.

En annan fråga i sammanhanget är om det finns behov av att utvidga LVM:s tillämpningsområde för att skydda omgivningen mot HIV-smittade narkotikamissbrukare. Vi har stannat för att en sådan utvidgning inte är nödvändig eller lämplig. Smittskyddet måste enligt vår mening primärt tillgodoses genom smittskyddslagen, som är en renodlad skyddslagstiftning, och inte i LVM, som i allt väsentligt är en vårdlag. Beredningens ställningstaganden i fråga om LVM och AIDS och förhållandet mellan LVM och smittskyddslagen behandlas i avsnitt 9.2.5 och i specialmotiveringen till den föreslagna 4 § LVM (kapitel 15).

8.2.10 Tvångsvårdens kvalitet

Tvångsvård beskrivs ofta i negativa termer och förknippas ofta med en okvalificerad vård utan metoder och med begränsade utvecklingsmöjligheter. Därvid brukar ofta framhållas att det faktum att vården bedrivs under tvång tenderar att deformera såväl vårdinnehållet och personalen som klienterna. Vården riskerar att utvecklas till en kravlös och passiv förvaring.

Tilltron till vårdprogrammen vid de befintliga LVM-hemmen är också mycket låg hos flertalet socialarbetare. Kritik har riktats mot LVM-hemmen även från andra grupper som kommer i kontakt med LVM-vården och dess klienter i sin yrkesutövning. Inte sällan har kritiken kommit att handla om LVM-vårdens misslyckanden i fråga om narkotikamissbrukarna — och i viss utsträckning också om de yngre alkoholmissbrukarna.

Enligt vår mening är också LVM-vården — särskilt i förhållande till narkotikamissbrukarnas och de yngre alkoholmissbrukarnas vårdbehov — behäftad med allvarliga brister. Men det finns samtidigt skäl att nyansera den kritiska bilden.

LVM-vårdens resultat måste bedömas mot bakgrund av den uppgift som institutionerna ställs inför. LVM-vårdens klienter tillhör de socialt mest utslagna och nedgångna av socialtjänstens klienter. Tvångsvårdens resultat är nedslående om man förväntar sig att vården skall leda till bestående förbättringar av livssituationen — och ännu mer nedslående om man förväntar sig varaktig missbruksfrihet. Ställer man däremot mer realistiska förväntningar på vad tvångsvården kan åstadkomma för de mest utslagna missbrukarna blir bilden en annan. De insatser som görs på LVM-hemmen har ofta en mycket viktig funktion. Vårdperioden på LVM-hemmet ger en möjlighet till fysisk och psykisk återhämtning — en insats som inte sällan är livsviktig. Därmed är inte sagt att vården generellt fungerar tillfredsställande ens för den mest utslagna gruppen. Vården ges ofta en alltför passivt omhändertagande inriktning.

Till bilden hör också att LVM-vården ofta får klä skott för vad som egentligen är brister i socialtjänstens öppenvård. Vårdperioden på LVM-hemmet är i de flesta fall kort. De fortsatta stöd- och behandlingsinsatserna måste i allmänhet ske i öppna former. Öppenvårdens kontakter med LVM-klienterna under och efter institutionsvistelsen är ofta sporadiska.

Planeringen och genomförandet av insatserna efter utskrivningen har ofta allvarliga brister. Många LVM-klienter återfaller i tungt missbruk en kort tid efter utskrivningen från LVM-hemmet och aktualiseras på nytt för vård. Att så sker är i de flesta fall ett uttryck för att de insatser som gjorts är otillräckliga. Men att lägga huvuddelen av skulden för detta på LVM-hemmen framstår som orimligt och orättvist. Sökarljuset måste också riktas mot öppenvården.

Som framhållits många gånger tidigare kan vårdinsatser inte ensamma åstadkomma varaktiga förändringar. Utsikterna till en förändrad livsföring är i hög grad beroende av andra förhållanden, t ex möjligheterna att få bostad och arbete efter avslutad behandling.

LVM-vården är inte något statiskt vårdområde. Intrycket är snarare att det är ett vårdområde under utveckling — låt vara att utvecklingen sker långsammare än vad som skulle vara önskvärt.

Det bör också observeras att alla LVM-hem inte har sina rötter i den "gamla" anstaltstraditionen. Några av hemmen är f d enskilda vårdanstalter, dvs institutioner som tidigare endast tog emot frivilligt vårdsökande och som ofta hade strukturerade behandlingsprogram och arbetade med höga behandlingsmål. Andra har tillkommit efter det att LVM trädde i kraft. I dag är tolv av de 33 LVM-hemmen antingen helt nya institutioner eller f d enskilda vårdanstalter.

Utvecklingen har gått mot en mer differentierad vård både vad avser målgrupper och behandlingsinnehåll. Vissa av hemmen arbetar med högre behandlingsmål och har utvecklat behandlingsprogram med förhållandevis höga krav på deltagande och aktivitet.

Det finns således inget fog för påståendet att LVM-vård nödvändigtvis måste vara dålig och passiv vård. En uppenbar brist är emellertid att vårdresurserna för de yngre vuxna alkohol- och narkotikamissbrukarna är långt ifrån tillräckliga för att kunna tillgodose behoven.

Ett hinder för utvecklingen av vårdresurser som kan tillgodose dessa behov är bl a att tvångsvården av tradition har låg status inom missbrukarvården. LVM-hemmen har därför betydligt svårare än frivilligvården att rekrytera och behålla kvalificerad personal — och därmed också att vidmakthålla kompetens och engagemang i behandlingsarbetet. Detta bidrar naturligtvis till att LVM-vården lätt kan präglas av behandlingspessimism och uppgivenhet.

Men det finns också exempel på tvångsvård med hög status. I sammanhanget finns det skäl att hänvisa till utvecklingen inom ungdomsvården. Det vårdområdet kännetecknades länge av en pessimism som i allt väsentligt liknar den som i dag ibland präglar tvångsvården av vuxna. Under 1970-talet ställdes mycket av detta på huvudet genom framväxten av de s k Hasselakollektiven. De nya behandlingskollektiven visade att det som många tidigare trodde vara omöjligt var möjligt; det går att ge tvångsvård ett kvalificerat innehåll. Den utvärdering som gjorts av det första s k Hasselakollektivet — Franshammars Gård — visar dessutom att tvångsvård kan ge anmärkningsvärt goda resultat.

Den s k Hasselapedagogiken var till att börja med mycket omdiskuterad och ifrågasatt. Det hävdades bl a att det faktum att kollektivet arbetade med tvång var av underordnad betydelse. Om detta säger Anna The-

lander, som gjort en studie av verksamheten, följande i sin bok om Hasselakollektivet:

"Frivilliganhängarnas argument att 'det inte är tvånget som verkar på Hassela' anser jag vara ett ytligt argument. Naturligtvis är det inte själva tvånget som verkar som en förändrande faktor — men Hasselakollektivets verksamhet är oupplösligt förenad med tvång som ett viktigt medel att hålla ungdomarna kvar i en svår process — samt inte minst, som påverkande faktor på personalen, som har tvånget bakom ryggen. Det är kollektivets hela yttre referensram och den påverkar hela strukturen" (Thelander 1979 sid 63).

Det faktum att personalen har "tvånget bakom ryggen" förefaller inte ha lett till att verksamheten deformerats — något som ofta brukar hävdas i diskussionen om riskerna med tvångsvård. Flera av kollektiven har nu funnits i ett tiotal år och det finns ingenting som tyder på stagnation — även om de olika kollektiven har utvecklats i olika riktningar under senare år. Verksamheten i sin helhet förefaller fortfarande vara präglad av en hög grad av engagemang och utveckling.

Med den här utblicken mot ungdomsvården vill vi illustrera att det går att upprätthålla kvalitet och engagemang även vid institutioner som arbetar med tvångsvård. Däremot är det viktigt att inte blunda för att det är avsevärt svårare att åstadkomma detta vid tvångsinstitutioner än vid institutioner till vilka klienterna söker sig frivilligt. Men den utveckling som skett på ungdomssidan — och i viss mån även inom LVM-vården — visar att det inte är omöjligt att förena tvångsvård med ett behandlingsinnehåll som syftar till rehabilitering. Detta förutsätter dock att den behandlingsorganisation som skall svara för tvångsvården ges rimliga förutsättningar att klara den svåra uppgiften. Vi återkommer utförligare till frågan om LVM-vårdens resurser och innehåll i kapitel 13.

8.3 Sammanfattning

LVM tillkom som en kompromiss mellan två principiellt skilda synsätt på tvångets roll i missbrukarvården. Å ena sidan har grunderna för när ett tvångsingripande kan ske akutlagskaraktär, dvs begränsats till nästintill livshotande situationer. Å andra sidan är vårtiderna längre än vad som normalt sett krävs för att avvärja ett akut hot mot missbrukarens liv eller hälsa.

Den nuvarande lagstiftningen syftar — förutom att rädda liv — till att motivera den enskilde till en behandling som kan leda till varaktig missbruksfrihet. Socialberedningen har funnit att detta syfte bör vara styrande för LVM:s utformning även i fortsättningen.

Principen att tvångsvård inte skall kunna komma i fråga om vårdbehoven kan tillgodoses på frivillig väg är självklar. Den vanligaste situationen när frågan om tvångsvård aktualiseras är emellertid att klienten motsätter sig varje form av vård. Då handlar det följaktligen inte om ett val mellan frivillig vård och tvångsvård utan mellan tvångsvård och ett fortsatt tungt missbruk.

De tunga missbrukarna blir ofta föremål för tvångsingripanden och tvångsvård med stöd av annan lagstiftning i de fall vård enligt socialtjänstlagen eller LVM inte kommer till stånd — eller misslyckas. I själva verket utgör de missbrukare som bereds vård enligt LVM endast en mindre del av det totala antalet missbrukare som blir föremål för tvångsvård. En betydande andel av de tunga missbrukarna återfinns inom kriminalvården och inom psykiatrin.

Frågan om tvångsvård skall aktualiseras kan inte enbart besvaras med utgångspunkt i om klienten samtycker till frivillig vård eller inte. Beslutet måste också grunda sig på en bedömning av om samtycket framstår som realistiskt. Det är inte ovanligt att en klient samtycker till frivillig vård enbart för att därigenom undvika tvångsvård. I sådana fall inträffar det inte sällan att den frivilliga vården inte kommer till stånd eller snart avbryts.

LVM:s drag av akutlag har medfört att tvångsvård bara kommer i fråga för missbrukare som fått medicinskt påvisbara skador av sitt missbruk och i situationer som kan beskrivas som akuta. Detta innebär bl a att missbrukare i åldrarna strax över 20 år mycket sällan kommer i fråga för LVM-vård. Det är i dessa åldrar som missbruket befästs och den sociala utslagningen fördjupas.

Det är enligt beredningens mening inte acceptabelt att utforma LVM så restriktivt att den överhuvud taget inte kan användas för att motverka ett fortsatt allvarligt missbruk bland vuxna, yngre missbrukare annat än i närmast extrema undantagsfall.

Beredningen anser inte heller att man generellt kan inskränka lagens användningsområde till akuta situationer i fråga om missbrukare i senare stadier av missbruket.

LVM kan för närvarande bara tillämpas till skydd för missbrukaren själv eller hans närstående. Socialberedningen har stannat för att inte föreslå att denna krets utvidgas till annan eller att LVM:s tillämpningsområde utvidgas för att skydda omgivningen mot HIV-smitta.

Att upphöra med ett tungt missbruk är en långsiktig process som inbegriper sättet att leva och förhålla sig till omvärlden. Så långtgående förändringar kan inte påtvingas missbrukaren; han eller hon måste själv välja dem. Socialberedningen avvisar därför tanken på att omgärda ett längre behandlingsprogram med tvång. Vårdtiden i LVM bör emellertid utformas med utgångspunkt i att en sådan förändringsprocess skall kunna inledas. Detta motiverar att vårdtiderna förlängs något.

Syftet är inte att generellt göra de faktiska vårdtiderna på LVM-hemmet längre. Strävan bör vara att vårdperioden på LVM-hemmet görs så kort som möjligt och att klienten, med stöd av lagen, slussas över till någon annan lämplig vårdform så snart det finns förutsättningar för detta. I en del fall kan det vara lämpligt att den intagne slussas över till vård utanför LVM-hemmet omedelbart efter avgiftningen. Den återstående vårdtiden enligt LVM syftar till att säkerställa att han eller hon fullföljer den inledande fasen av detta program, vilket kan antas bidra till att klienten därefter fortsätter behandlingen i frivilliga former.

Enligt 34 § lagen om kriminalvård i anstalt (KvaL) kan den som döms till fängelse få vistas utanför anstalten — t ex på ett behandlingshem eller

i familjevård — under en del av verkställighetstiden. 15 § i nuvarande LVM inrymmer en liknande möjlighet. De behandlingsenheter som tar emot klienter med stöd av dessa bestämmelser kan sägas arbeta med indirekt tvång. Det direkta tvånget ligger då kvar inom kriminalvården eller på LVM-hemmet. Personalen vid behandlingsenheten har endast skyldighet att rapportera om klienten avbryter behandlingen.

Lösningar som bygger på indirekt tvång har klara behandlingsmässiga fördelar framför sådana som bygger på direkt tvång. Beredningens förslag i fråga om vårdtiderna syftar bl a till att utvidga möjligheterna att arbeta med indirekt tvång i behandlingen.

Den vård som ges vid LVM-hemmen har utsatts för stark kritik. Kritiken har i hög grad koncentrerats till LVM-vårdens misslyckanden i fråga om narkotikamissbrukarna och i viss utsträckning de yngre alkoholmissbrukarna.

Kritiken saknar inte fog. LVM-vården ges ofta en alltför passivt omhändertagande inriktning. LVM-vårdens resultat bör dock ses i relation till uppgiftens svårighetsgrad. LVM-vårdens klienter tillhör de mest utslagna och nedgångna av socialtjänstens klienter. Till bilden hör också att LVM-vården ofta får klä skott för brister i den efterföljande öppenvården.

Det finns inget fog för påståendet att LVM-vård nödvändigtvis måste vara dålig och passiv vård. En uppenbar brist är emellertid att vårdresurserna för de yngre vuxna alkohol- och narkotikamissbrukarna är långtifrån tillräckliga för att kunna tillgodose behoven.

Ett hinder för utvecklingen av vårdresurser som kan tillgodose dessa behov är bl a att tvångsvården av tradition har låg status inom missbrukarvården. Men det finns också exempel på tvångsvård med hög status. Tvångsvården av unga missbrukare kännetecknades länge av en pessimism som i allt väsentligt liknar den som i dag ibland kännetecknar tvångsvården av vuxna. Under 1970-talet ställdes mycket av detta på huvudet genom framväxten av de s k Hasselakollektiven. De nya behandlingskollektiven visade att det som många tidigare hade trott vara omöjligt var möjligt; det går att ge tvångsvård ett kvalificerat innehåll.

9 Grunder och vårdtid

9.1 Bakgrund

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

Med begreppet fortgående missbruk avses enligt förarbetena (SOU 1981:7 sid 37 och prop 1981/82:8 sid 74) att missbruket skall ha viss varaktighet. Det skall vara förhållandevis intensivt och regelbundet återkommande. I propositionen framhålls att missbruk som återkommer i perioder kan omfattas av lagen, om betingelserna i övrigt är uppfyllda.

Kravet på trängande behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk skall enligt departementschefen (prop sid 44) inte uppfattas så snävt att det uttrycker krav på ett akut behov av avgiftning. I specialmotiveringen (prop sid 74) sägs att med trängande behov av vård menas att det skall föreligga en allvarlig missbruksbild som kräver kraftfulla och snabba insatser för att bryta en ogynnsam utveckling. Behovet kan, enligt departementschefen, ofta visa sig i form av ett akut behov av avgiftning, men behöver inte göra det.

Socialberedningen underströk (SOU 1981:7 sid 38) att det inte krävs att missbruket skall ha hunnit manifestera sig i form av någon inträffad allvarlig skada och inte heller krävs att man kan konstatera ett "beroende" eller annat liknande tillstånd hos missbrukaren. Särskilt betydelsefullt är det, menade beredningen, att kunna ingripa snabbt för att motverka ett begynnande allvarligt missbruk hos ungdomar.

Förutom generalindikationen enligt 2 § krävs för beslut om vård att "missbrukarens aktuella tillstånd eller situation är så alarmerande att den går in under beskrivningarna i 3 § a eller b" (SOU 1981:7 sid 39).

Med allvarlig fara för hälsan enligt 3 § a avsåg beredningen dels fall där missbrukaren redan befann sig i ett sådant tillstånd att omedelbar vård var påkallad genom att det förelåg en medicinskt påvisbar hälsorisk, dels fall där hälsan visserligen inte redan var påverkad, men där situationen på annat sätt var alarmerande, t.ex. genom att missbrukaren

"underlåter att äta eller utsätter sig för allvarlig yttre fara, såsom att han löper risk att förolyckas eller frysa ihjäl" (SOU 1981:7 sid 39).

I den allmänna motiveringen uttalade departementschefen (prop 1981/82:8 sid 44) att vård utan samtycke bara skall tillgripas i uttalade krissituationer och vid ett betydande missbruk. I specialmotiveringen (prop sid 76) slogs fast att både 3 § a- och 3 § b-fallen utmärks främst av att den enskilde till följd av ett okontrollerbart missbruk har råkat i eller riskerar att råka i en nödsituation som hotar hans hälsa och välfärd.

Vid sin diskussion om vårdtidens längd uttalade beredningen (SOU 1981:7 sid 43) att beslutet om vård inte skall innebära att vården under lång tid bedrivs oberoende av den enskildes samtycke. Den är i stället, enligt beredningen, avsedd främst som ett medel att bryta en destruktiv utveckling och skall syfta till att ge den enskilde motivation och realistisk möjlighet att själv fortsätta att arbeta med problemen. Uttalandet återgavs i propositionen (prop sid 45) och tolkades av socialutskottet på följande sätt (SoU 1981/82:22 sid 6):

> "Den vård som kan lämnas enligt LVM skall vara begränsad till vad som erfordras för att avhjälpa det akuta vårdbehovet och ge den enskilde motivation och möjlighet till fortsatt vård i frivilliga former. Avsikten är således inte att genom tvång säkerställa genomförandet av ett helt behandlingsprogram."

I propositionen (sid 39 och 40) ställde sig departementschefen bakom vissa uttalanden av socialberedningen, vilka ytterligare angav vad som avsågs med allvarlig fara. Man skall, sade sålunda beredningen, objektivt kunna konstatera att missbrukarens fysiska och psykiska tillstånd är sådant att han måste ha vård eller i vart fall måste iaktta avhållsamhet från alkohol eller narkotika för att inte allvarligt förvärra sitt tillstånd.

9.2 Överväganden

9.2.1 Inledning

LVM tillkom efter förslag av socialberedningen. Beredningens förslag, liksom den slutligt antagna lagen, var en kompromiss som inte skulle ses som en definitiv lösning på frågan om tvångsvård av vuxna missbrukare. Efter fem års tillämpning av lagen har socialberedningen nu funnit att den på vissa punkter bör preciseras, ändras och kompletteras.

Nykterhetsvårdslagen hade förutom att motverka alkoholmissbruk till syfte att skydda omgivningen mot vissa yttringar av alkoholmissbruket. Syftet med förslaget till LPV i socialtjänstpropositionen var enbart att tillgodose ett akut hjälpbehov hos missbrukaren. Det grundläggande syftet med LVM är att åstadkomma en vård som sträcker sig längre än till att avhjälpa akuta nödsituationer och som ger missbrukaren reella möjligheter att själv komma till rätta med sina problem. LVM-vårdens mål är att klienten skall motiveras till en behandling som syftar till frihet från missbruk.

Socialberedningen anser att lagens syfte och mål bör ligga fast. Grundtanken att det främst är den enskildes behov av vård som skall vara avgörande är alltjämt bärande. Frihetsberövanden bör inte få komma i fråga annat än då det är oundgängligen nödvändigt och måste omgärdas av garantier mot rättsövergrepp. Det finns ingen motsättning mellan detta och den skyldighet som samhället måste anses ha att med tvång skydda den som genom missbruk riskerar att förstöra sitt liv.

Mot bakgrund av att beredningen nu föreslår att syftet med lagen skall vara oförändrat finns det skäl att undersöka om den nuvarande lagstiftningen har fått en sådan utformning och kommit att tillämpas på ett sådant sätt att dess mål och syfte har uppnåtts.

9.2.2 Generalindikationen i 2 § LVM

I generalindikationen sägs att det skall röra sig om ett fortgående missbruk av alkohol eller narkotika, att vårdbehovet för att komma ifrån missbruket skall vara trängande och att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt någon annan lag.

LVM är begränsad till fall av missbruk av alkohol eller narkotika; detta till skillnad från socialtjänstlagen som avser behandling av missbruksproblem överhuvud taget.

Vid tillkomsten av LVM sade departementschefen (prop sid 43) att hon förstod de remissinstanser som ville använda kriteriet beroendeframkallande medel för att inte lämna missbrukare av t ex lösningsmedel och andra läkemedel än narkotika utanför. Departementschefen hänvisade emellertid till att det här rörde sig om ett litet antal vuxna missbrukare och att bestämmelsen lätt kunde kompletteras om behov av det uppstod i framtiden.

Riksdagen har år 1984 gett regeringen till känna att socialberedningen bör lägga fram förslag om ändring av 2 § LVM så att även missbruk av andra beroendeframkallande medel än alkohol och narkotika — såsom thinner — kan utgöra grund för vård enligt LVM (SoU 1983/84:30, rskr 375).

Socialberedningen har genom en enkätundersökning hos socialförvaltningarna i landet kunnat konstatera att det finns ett inte obetydligt antal vuxna missbrukare av flyktiga lösningsmedel, för vilka insatser enligt socialtjänstlagen framstår som otillräckliga (se avsnitt 1.3).

Socialberedningen har även på annat sätt fått kännedom om att man i vissa kommuner upplever missbruk av flyktiga lösningsmedel hos vuxna som ett problem liksom omöjligheten att bereda vissa av dem vård enligt LVM. Från Göteborgs, Botkyrka, Värmdö och Norrköpings kommuns socialförvaltningar samt Mariapolikliniken i Stockholm har beredningen erhållit skrivelser om vuxna thinnermissbrukare och deras vårdbehov. Ulleråkers sjukhus i Uppsala och länsstyrelsen i Malmö har rapporterat om fall av missbruk av lösningsmedel där ansökan om vård avslagits respektive att anmälan till länsstyrelsen avskrivits, i bägge fallen därför att missbruk av lösningsmedel inte omfattas av § 2 LVM. I Uppsalafallet fann länsrätten att övriga kriterier för vård enligt LVM var uppfyllda.

Det har framkommit att effekterna av dessa missbruksmedel är jämförbara med vissa typer av narkotika och att de skador som medlen ger upphov till är mycket allvarliga. Det är därför nödvändigt att införa en möjlighet i LVM att bereda vård åt denna grupp av missbrukare. Socialberedningen föreslår således att LVM skall gälla missbruk av alkohol, narkotika eller annat liknande beroendeframkallande medel. Beredningen återkommer i specialmotiveringen till valet av begrepp och dess närmare innebörd.

Det skall röra sig om *ett fortgående missbruk*. Därmed avses att det skall ha en viss varaktighet (prop 1981/82:8 sid 74). Det får inte röra sig om en tillfällig överkonsumtion även om denna i något enskilt fall skulle kunna medföra en så allvarlig hälsorisk som avses i lagen. Det påpekas vidare i specialmotiveringen att ett missbruk som återkommer i perioder omfattas av lagen, om betingelserna i övrigt är uppfyllda.

Socialberedningen anser att dessa motivuttalanden ger god vägledning när det gäller att bedöma vad som avses med fortgående. Tillämpande myndigheter har i allmänhet inte haft några problem med begreppet.

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

Missbruket skall vidare enligt 2 § LVM vara sådant att det föreligger *ett trängande behov av vård* för att komma ifrån missbruket.

Resonemangen i förarbetena kring begreppet trängande är delvis motsägelsefulla, men visar ändå att avsikten inte var att redan genom detta begrepp ställa upp något krav på inträffad skada. Såväl socialberedningen som departementschefen framhöll att det inte krävdes att missbruket hunnit manifestera sig i någon skada. Särskilt betydelsefullt var det att kunna ingripa snabbt för att motverka ett begynnande allvarligt missbruk hos ungdomar.

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

Socialberedningen kan konstatera att ordet trängande — som befarades vid tillkomsten av LVM — kommit att i den praktiska tillämpningen leda tanken fel. I åtskilliga fall har ansökan om vård inte kommit till

stånd eller har ansökan avslagits på den grunden att vårdbehovet inte bedömts som trängande. Det har varit fråga om mycket grava missbruksfall, men där missbrukaren — bl a på grund av sin ungdom eller drogens karaktär — ännu inte fått sådana skador att behovet av medicinsk vård varit akut. Intygsutfärdande läkare synes också ha uppfattat kravet på trängande vårdbehov som ett krav på akut behov av avgiftning.

Beredningen har vidare erfarit att domstolarna i allmänhet ansett att det inte föreligger ett trängande vårdbehov när missbrukaren inför domstolsförhandlingen gjort ett uppehåll i sitt missbruk överstigande 3—4 veckor. Ett sådant uppehåll har också, som nyss nämndes, ibland lett till bedömningen att missbruket inte är fortgående.

Socialberedningen ställer sig alltjämt bakom vad som anfördes vid tillkomsten av LVM, nämligen att det för vård skall föreligga en allvarlig missbruksbild som kräver snabba och kraftfulla insatser för att bryta en ogynnsam utveckling. Behovet av vård kan visa sig i form av ett akut behov av avgiftning, men behöver inte göra det. Behov av avgiftning är således inte ett krav för att tvångsvård skall kunna ske. Med hänsyn till att rekvisitet trängande behov har kommit att tolkas snävare än avsett talar dock starka skäl för att utmönstra det ur lagen eller byta ut det mot något annat begrepp som klarare anger vad som avses.

Enligt beredningens mening är de i 3 § särskilt angivna kraven på vilka omständigheter som skall föreligga i det särskilda fallet tillräckliga för att uttrycka kravet på ingripandets nödvändighet. Detta skulle dock bli tydligare, om nuvarande 2 § och 3 § skrivs ihop till ett lagrum för att stryka under sambandet mellan rekvisiten i bestämmelserna. Härigenom begränsas utrymmet för tvivel rörande lagens tillämpningsområde. Socialberedningen vill slå fast att lagen måste kunna möjliggöra ett tidigt ingripande vid ett allvarligt missbruk hos i första hand de yngre av de vuxna missbrukarna. Erfarenheterna från fem års tillämpning av LVM visar att myndigheterna i vissa fall har tolkat lagen så att de måste vänta tills missbrukaren fått en allvarlig skada. Detta var inte socialberedningens avsikt med LVM, vilket framhölls i betänkandet SOU 1981:7. Särskilt betänkligt är detta synsätt eftersom de allvarliga skador det här rör sig om ofta är obotliga skador på lever, hjärna eller andra livsviktiga organ. Det är bl a mot denna bakgrund som socialberedningen nu föreslår att ordet trängande mönstras ut ur lagen. Härigenom uppnår man att tyngdpunkten förskjuts från det akuta vårdbehovet till risken för att hälsan till följd av missbruket utsätts för allvarlig fara. Detta innebär bl a att ett uppehåll i missbruket inför en domstolsförhandling inte ensamt utesluter tillämpningen av LVM.

9.2.3 Närmare om hälsorisken (3 § a LVM)

De i 3 § angivna specialindikationerna är att missbrukaren (3 § a) till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller (3 § b) till följd av missbruket kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Beträffande rekvisitet i 3 § a framhöll beredningen år 1981 att man objektivt skulle kunna konstatera att missbrukarens fysiska eller psyki-

ska tillstånd är sådant att han måste ha vård eller i vart fall måste iaktta avhållsamhet från droger för att inte allvarligt förvärra sitt tillstånd. Det är alltså en medicinskt påvisbar hälsorisk som motiverar att missbrukaren måste beredas vård oberoende av om han går med härpå eller ej, menade socialberedningen (SOU 1981:7 sid 39). Departementschefen, som ställde sig bakom beredningens förslag i fråga om utformningen av 3 § a, framhöll i specialmotiveringen att fallen utmärks av att den enskilde till följd av ett okontrollerbart missbruk råkat i eller riskerar att råka i en nödsituation som hotar hans hälsa och välfärd.

Det är uppenbarligen så att det är de rent medicinska hälsoriskerna som avses i 3 § a. Genom den starka betoningen härav i förarbetena till lagen har LVM-ingripandena i stor omfattning kommit att begränsas till fall där medicinskt påvisbara skador kunnat konstateras.

Enligt socialberedningens mening är det angeläget — särskilt när det gäller unga missbrukare — att ingripandet sker på ett så tidigt stadium av missbruket att allvarlig medicinsk skada ännu inte hunnit uppstå. Bestämmelsen i 3 § a säger redan nu att det räcker med allvarlig *fara* för hälsan. Att bedöma om ett missbruk innebär allvarlig fara för hälsan är emellertid svårt, om inte begynnande medicinska skador redan visat sig. Att ändra rekvisitet till fara i stället för allvarlig fara är av rättssäkerhetsskäl inte en framkomlig väg för att fånga upp missbrukare på ett tidigare stadium. Det är ju endast den allvarliga faran som motiverar en så ingripande åtgärd som tvångsvård. I allt missbruk ligger en viss fara för hälsan. Det är inte den faran som avses här.

Att förarbetena så starkt betonar den medicinska hälsorisken har sin förklaring i att man ville komma ifrån den övervägande betoning på sociala kriterier som fanns i nykterhetsvårdslagen. Vid uppbrottet från en lagstiftning, som delvis tog hänsyn till samhällsintressen, till en lag som satte den enskildes behov av vård i centrum fjärmade man sig från bedömningar av annat än den renodlade hälsorisken.

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

Som konstaterats i betänkandets bakgrundsdel har de yngre vuxna missbrukarna — i åldrarna 20-30 år — blivit allt fler. Den sociala utslagningen bland de yngre missbrukarna är hårdare än förr. En grupp av dem beskrivs som "gubbar" redan innan de fyllt 30 år. De saknar utbildning och har aldrig varit inne på arbetsmarknaden. De försörjer sig på kriminalitet och bidrag. De har ofta djupgående psykiska problem. Undersökningar visar att dessa yngre missbrukare är mycket svåra att motivera för behandlingsinsatser.

Socialberedningen anser att för den grupp som här avses måste LVM kunna användas som ett medel för att bryta den destruktiva utvecklingen, även om någon allvarlig fara för hälsan i medicinsk mening ännu inte uppstått. De sociala konsekvenserna av en livsföring som är helt ägnad åt missbruk är så förödande för en ung person att vård med tvång är befogad, om hans framtida utveckling står på spel. Samhället har ett ansvar för att missbrukare under 20 år får vård enligt LVU om han utsätter sin hälsa eller utveckling för allvarlig fara och inte samtycker till frivillig vård. Det är där fråga om skadeverkningar såväl av medicinsk som social natur. Enligt beredningen är det konstlat och inhumant att dra en så skarp gräns att man beträffande 21-åringen endast skall beakta de medicinska skadeverkningarna. I många fall när det gäller unga har ännu inte några allvarliga medicinska skadeverkningar kunnat konstaterats, men den sociala situationen har till följd av missbruket helt raserats. Det som avses är en sådan bristande anpassning till samhällslivet till följd av missbruket att den unga missbrukarens utveckling är i allvarlig fara. Enligt beredningens mening är det angeläget att han kan beredas vård innan situationen försämrats så att han dessutom ådragit sig obotlig medicinsk skada.

Erfarenheterna av vård av dessa unga vuxna missbrukare visar att de inte är motiverade för frivillig vård och att de ofta avvisar varje försök till kontakt. I sådana fall är det enligt socialberedningens mening nödvändigt att kunna bereda den unge missbrukaren vård med stöd av LVM. För att undvika missförstånd vill beredningen slå fast att det skall gälla vuxna som till följd av sitt missbruk löper allvarlig risk att redan i unga år bli helt utslagna från normala relationer med andra människor, från utbildnings- och arbetsmarknad och från ett normalt boende. De är på väg mot en livsföring där drogen är det centrala och där risken för kriminalitet, våld, ohälsa och förtidig död är starkt förhöjd. Om man i ett sådant fall klart ser risken, men inte kan förmå missbrukaren till frivillig vård, bör vård enligt LVM tillgripas, trots att faran för den medicinska hälsan ännu inte kan anses allvarlig. Vården innebär i ett sådant fall att missbrukaren rycks ifrån den nedbrytande miljö han befinner sig i. Redan häri ligger ett värde genom att missbrukaren får tillfälle att stanna upp och få hjälp att förstå sin situation.

Socialberedningen föreslår således att vård enligt LVM skall beredas den som — om övriga förutsättningar är uppfyllda — till följd av missbruket utsätter sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara eller allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt. Den föreslagna ändringen tar naturligtvis, som nyss sagts, främst sikte på de unga missbrukarna. För denna kategori sätts behandlingsmålet högt.

När det gäller äldre alkoholmissbrukare är deras sociala utslagenhet ofta manifest. Behandlingsmålet är ofta i dessa fall att återföra missbrukaren till ett mindre riskutsatt liv. Det blir främst fråga om stödjande insatser och humanitär omvårdnad. Institutionsvård med tvång är för denna grupp ibland nödvändig för att bryta ett pågående missbruk som kan leda till skadeverkningar av medicinsk natur. Det ligger i sakens natur att hälsoaspekten dominerar och att hänsynen till den sociala utvecklingen inte alltid bör tillmätas lika stor vikt som beträffande unga.

De äldre missbrukarna är emellertid inte någon homogen grupp. Även om en stor del av dem är s k kroniker, finns det naturligtvis också missbrukare med bättre social förankring. Också vid bedömningen av en sådan missbrukares behov av vård måste man enligt beredningens mening ta större hänsyn till de sociala skadeverkningarna av ett ökande missbruk än vad som nu sker. Man kan inte se enbart till faran för hans fysiska och psykiska hälsa. Om han till följd av missbruket allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt, måste vård med stöd av LVM övervägas. LVM-vården framstår i detta fall som en sista resurs för att rädda det som alltjämt finns kvar av anknytning till arbetsmarknad, bostad och relationer till anhöriga och annan omgivning än andra missbrukare.

Socialberedningens förslag innebär att det — liksom nu — är den enskildes behov av vård som skall vara avgörande. Vad beredningen vill markera är att det vid en sådan bedömning varken är möjligt eller lämpligt att bortse från den enskildes totala livssituation.

9.2.4 Skyddet för missbrukarens omgivning (3 § b LVM)

Enligt de regler som nu gäller kan den som är i trängande behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk beredas vård oberoende av eget samtycke om han till följd av missbruket antingen utsätter sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara eller om han *kan befaras komma att allvarligt skada* sig själv eller *någon närstående.*

Nykterhetsvårdslagen innehöll — liksom LSPV gör nu — mer vittgående bestämmelser om skydd för andra än LVM gör. I båda fallen talas om att någon är "farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa". Socialberedningen ansåg år 1981 att en motsvarande regel inte borde tas in i LVM, eftersom LVM är avsedd att tillgodose missbrukarens eget behov av vård i vissa situationer. Beredningen föreslog i stället ett mera begränsat skydd som skulle inskränka sig till missbrukarens familj. Skäl för detta var bl a att misshandel i hemmen då inte föll under allmänt åtal.

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

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

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

Beredningen kan inledningsvis konstatera att ansökningar om vård på grund av fara för närstående förekommit i ca 4—6 procent av fallen under åren 1984—1986. Vid omedelbara omhändertaganden har grunden åberopats i 15—20 procent av fallen. Annan statistik av intresse är att ca 80 procent av gärningsmännen vid våldsbrottslighet är påverkade av alkohol (Brå Rapport 1984:1 sid 118 och 119). År 1981 anmäldes 24 314 misshandelsbrott. Antalet anmälda brott avseende misshandel av kvinnor var 8 677. I 614 fall var det fråga om grov misshandel av kvinnor som gärningsmannen var bekant med. Antalet våldsbrott har från år 1980 till år 1984 ökat med 24 procent, dvs från ca 25 000 brott till 30 000 brott. Nästan 40 procent av de anmälda misshandelsbrotten gällde sådana som begåtts inomhus mot kvinnor som var bekanta med gärningsmannen (BRÅ:s Brottsutvecklingen Lägesrapport 1984 och 1985). Från år 1984 till år 1985 ökade våldsbrottsligheten med 4 procent eller till ca 33 000 anmälda våldsbrott (BRÅ:s Brottsutvecklingen 1986). I en undersökning av offer för vålds- och egendomsbrott 1978—1984, som redovisas i den sistnämnda publikationen, framgår att våldet mot kvinnor i hemmet är mer omfattande än tillgänglig statistik visar. Kvinnor som blivit utsatta för våld i sina bostäder är trots detta en grupp som är klart överrepresenterad i statistiken. Detta tyder, enligt undersökningen, på att våldet mot kvinnor är mycket omfattande.

Misshandel på enskild plats faller under allmänt åtal från och med den 1 januari 1982 då angivelsekravet vid sådan misshandel avskaffades. Olaga hot, skadegörelse och grovt hemfridsbrott faller likaså under allmänt åtal. Åklagaren kan således väcka åtal för misshandel m m inom hemmet utan att målsäganden anger brottet till åtal.

Misshandel straffas med fängelse i högst två år. Undersökningar visar att vid normalgraden av misshandel döms gärningsmannen i drygt hälften av fallen till kriminalvård i frihet, dvs skyddstillsyn eller villkorlig dom (SOU 1986:14 sid 194).

Om någon är på sannolika skäl misstänkt för brott, för vilket är föreskrivet fängelse i ett år eller mer, får han häktas, om det kan skäligen befaras att han t ex fortsätter sin brottsliga verksamhet.

Rekvisitet fara för närstående har använts som enda grund för LVM-vård endast i ett litet antal fall åren 1983—1986. Vid en genomgång av dessa fall har beredningen funnit att det i de flesta fallen har gällt mycket allvarligt våld mot närstående kvinnor. Med hänsyn härtill och mot bakgrund av det stora mörkertalet vid våld mot kvinnor kan det antas att det i

många fler fall har funnits fog för LVM-vård, men att kvinnornas skador inte varit så svåra att myndigheterna därigenom uppmärksammat deras situation. Den betydligt större förekomsten av närståendegrunden vid omedelbara omhändertaganden talar också för att rekvisitet är tillämpligt i ett större antal fall än statistiken visar. Det ligger dessutom i sakens natur att länsstyrelserna och länsrätterna av hänsyn till risken för repressalier mot kvinnan använder någon annan grund för omhändertagande om det är möjligt. Det lilla antalet fall i vilka närståenderekvisitet tillämpats säger därför egentligen inte något om behovet av rekvisitet. Det gör däremot undersökningar om våldsbrottsligheten i stort.

Tillgängliga undersökningar visar på ett mycket utbrett våld mot kvinnor i hemmen. Det är också väl dokumenterat att en mycket stor del av de inblandade i våldsbrott är alkoholpåverkade. Alkoholmissbruk har konstaterats hos 68 procent bland dem som dömts för misshandel och hos 86 procent av fallen vid grov misshandel (Kemwall 1981). Mot bakgrund härav anser socialberedningen att det är nödvändigt med ett lagstadgat skydd mot skada till följd av någon annans missbruk. Genom ändringen år 1982 av åtalsreglerna vid misshandel på enskild plats har möjligheterna till straffrättsliga ingripanden visserligen förbättrats. Våldsbrottsligheten både i samhället och i hemmen är emellertid oförändrat hög. Det är vidare otvivelaktigt så att möjligheterna till straffrättsliga ingripanden inte framstår som någon framkomlig väg för en anhörig som är känslomässigt bunden till en missbrukare. Att ange en anhörig för polisen med efterföljande utredning och rättegång är redan i sig svårt. Härtill kommer att den som misshandlats skall höras som målsägande i rättegången och för både den misstänkte och för sig själv kommer att framstå som den som ser till att en nära anhörig döms till fängelse. Det är lätt att förstå att den som misshandlats kan känna ett starkt motstånd mot det. Motståndet kan också ha sin grund i kvinnans rädsla för sitt eller barnens liv. Situationen för den anhörige kan ju förvärras ytterligare, om missbrukaren efter anmälan inte häktas utan i frihet får fortsätta sitt missbruk och aggressiva beteende. Om en anhörig anmäler en missbrukare hos socialnämnden för LVM-vård under åberopande av närståendegrunden, framstår hennes ställning som mindre utsatt. Hon kan för sig själv motivera åtgärden med omtanke om missbrukaren.

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

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

Som tidigare nämnts innehåller LSPV, liksom den upphävda nykterhetsvårdslagen, ett skydd inte enbart för närstående utan även för andra människor.

Sambandet mellan missbruk och våld är klarlagt. Det är inte enbart missbrukarens närstående som drabbas av våldet utan även andra människor. Undersökningar visar att en stor del av gärningsmännen vid gatuvåld, läktarvåld och annat våld som riktas mot obekanta är missbrukare och tidigare kriminellt belastade. Det är således inte — som ofta antyds i debatten — fråga om "vanliga hyggliga" ungdomar utan oftast om kriminellt belastade missbrukare med hög beredskap att tillgripa våld. Vad som nyss anförts om möjligheterna att ingripa straffrättsligt innan skada skett gäller därför även när det gäller faran för utomstående personers säkerhet. Det finns emellertid en viktig skillnad mellan närståendes och utomståendes situation. Våldet mot utomstående äger oftast rum på platser där polis eller annan har ett ansvar för ordningen. Våldet mot anhöriga sker oftast i hemmet där hjälp utifrån inte kan påräknas. Det är därför naturligt att förebygga våldet mot utomstående t ex genom bättre övervakning av platser där våld typiskt utövas.

En annan viktig skillnad mellan närstående och utomstående är vidare att den utomstående inte har någon spärr mot att ange gärningsmannen eller mot att medverka under utredning och rättegång. Den känslomässiga bundenheten till missbrukaren som den anhörige har, saknas hos den utomstående. Den utomstående känner ingen skuld över att han bidrar till att gärningsmannen hamnar i fängelse. På grund härav föreligger inte samma behov av skydd för utomstående som för närstående. Socialberedningen föreslår därför att nuvarande rekvisit i LVM behålls, dvs att LVM:s tillämpningsområde inte utvidgas till att omfatta även det fall då någon till följd av missbruket kan befaras komma att allvarligt skada någon annan än sina närstående.

Begreppet närstående innefattar inte ett ofött barn. Frågan om hur LVM bör tillämpas beträffande gravida kvinnor med allvarliga missbruksproblem har behandlats i olika sammanhang. Socialberedningen tog upp frågan i betänkandet (Ds S 1981:6) Åtgärder mot missbruk under graviditet. Vid riksdagsbehandlingen av propositionen 1981/82:8 om LVM behandlades saken utförligt av socialutskottet i betänkandet SoU 1981/82:2 sid 15—17. Senast har utredningen (Ju 1981:04) om det ofödda barnet tagit upp frågan i betänkandet (SOU 1987:11) Skydd för det väntade barnet. 1. Åtgärder vid missbruk m m under graviditet.

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

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

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

Vidare bör beaktas att ett tvångsingripande till skydd för fostret som regel måste initieras av de myndigheter vars främsta uppgift är att hjälpa och stödja den gravida kvinnan. Det blir alltså i detta sammanhang i första hand mödravårdscentralen som får anmäla behovet av ett tvångsingripande till länsstyrelsen. Om mödrahälsovården får en sådan skyldighet finns det en påtaglig risk att detta kan skrämma kvinnor i farozonen från att vända sig dit. Det skulle i sin tur medföra att möjligheterna att hjälpa dessa kvinnor med frivilliga åtgärder skulle kunna minska, vilket skulle vara till stort förfång för den utveckling som synes vara på väg."

Socialberedningen delar bedömningen att någon ändring i LVM i det särskilda syftet att kunna ingripa mot en missbrukande gravid kvinna inte bör ske. Vid ett mera omfattande missbruk under graviditet är det möjligt att tillämpa LVM om indikationerna för vård enligt lagen är uppfyllda. Socialberedningen vill understryka att beredningens förslag till ändrade grunder möjliggör vård enligt LVM i tidigare och mindre akuta skeden av missbruket.

9.2.5 Särskilt om LVM och AIDS

Under senare år har ett nytt, smittsamt och farligt virus börjat sprida sig bland befolkningarna i många länder. Viruset benämns HIV. Av dem som har smittats med detta virus tycks flertalet med tiden utveckla AIDS. I avsnitt 6.3 har lämnats en utförlig redogörelse för AIDS-epidemins förekomst och spridning bland narkotikamissbrukarna. Den frivilliga narkomanvårdens roll i AIDS-bekämpningen har behandlats i avsnitt 7.9. I det följande tar socialberedningen upp frågan om AIDS och LVM.

Vård enligt LVM skall enligt socialberedningens förslag ges den som till följd av ett fortgående missbruk av bl a narkotika är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk, om han genom missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt.

Enligt socialberedningens uppfattning är allt dagligt intravenöst narkotikamissbruk förenat med så stora risker för hälsan att LVM:s rekvisit allvarlig fara för hälsan är uppfyllt. Risken för överdosering är stor, eftersom missbrukaren ofta inte vet hur koncentrerad blandning han injicerar. Risken för allvarliga infektioner som hepatit B eller HIV-virus är betydande. Narkotikamissbrukarnas livsföring innebar redan innan AIDS kom in i bilden många risker för hälsan. AIDS-hotet har ytterligare ökat risken för en förtidig död till följd av missbruket.

Det är viktigt att HIV-smittade missbrukare förmås att sluta med sitt missbruk. Genom att dela sprutor med andra sprider en smittad HIV-viruset vidare. Han sprider dessutom smittan genom att ha sexuellt umgänge med andra. Så länge han står under inflytande av drogen kan det inte antas att han visar hänsyn och försiktighet gentemot sexualpartners och annan omgivning. Slutligen utsätter sig den HIV-smittade missbrukaren för större risk att utveckla AIDS om han fortsätter sitt missbruk. Olika infektioner, liksom upprepad exposition för HIV-smitta, antas öka risken för att AIDS utvecklas tidigare.

Regeringens AIDS-delegation har lagt fast målet att nå alla intravenösa missbrukare med provtagning, avgiftning och behandling. Det råder enighet om att man i första hand måste förstärka den frivilliga narkomanvårdens insatser för att nå detta mål. Enligt socialberedningens mening måste man emellertid, om sådana insatser inte ger resultat, tillgripa tvångsmöjligheter i syfte att hjälpa missbrukaren att komma ifrån sitt missbruk. Detta är en uppgift för LVM-vården.

Som nyss sagts får risken att ådra sig HIV-smitta vägas in i bedömningen av om en missbrukare utsätter sin hälsa, utveckling och levnadsförhållanden i övrigt för fara. Den intravenöse missbrukare som ännu inte är smittad måste, enligt beredningens mening, genom bl a smittorisken, anses befinna sig i sådan fara att hans hälsa är allvarligt hotad. Missbrukaren, som redan har smittats av HIV-virus, riskerar genom ett fortsatt missbruk att snabbare utveckla AIDS. Härigenom och genom det dagliga intravenösa missbruket i sig utsätter han sin hälsa för allvarlig fara. Socialberedningen kan således konstatera att LVM ger goda möjligheter till att bereda HIV-smittade intravenösa missbrukare vård för att kunna komma ifrån sitt missbruk och de med missbruket förenade hälsoriskerna för dem själva. Att en missbrukare befrias från sitt missbruk är alltid till stort gagn för såväl hans närmaste omgivning som för samhället i stort. Om en HIV-smittad upphör med sitt missbruk, minskar också riskerna för att han fortsätter att sprida HIV-virus. Härigenom blir LVM ett av många medel i kampen mot spridningen av AIDS.

Beredningen har övervägt frågan om det för omgivningens skydd mot intravenösa HIV-smittade missbrukare finns behov av att utvidga tillämpningsområdet för LVM. Som en särskild specialindikation för vård skulle då medtas att någon till följd av sitt missbruk genom smitta av HIV-virus utsätter andras hälsa för allvarlig fara. Socialberedningen har emellertid funnit att en sådan utvidgning inte är nödvändig eller lämplig. Som framgår av övervägandena ovan är alltid hälsoriskerna för den enskilde missbrukaren så stora, när det är fråga om ett intravenöst missbruk, att LVM:s rekvisit för vård på grund av faran för egna hälsan är uppfyllt. Det måste befaras att HIV-smittan i framtiden kan komma att spridas även bland andra tunga missbrukare än de intravenösa. Också för dem gäller att risken för att HIV-infektionen skall utvecklas till AIDS sannolikt ökar genom bristande hygien, otillräcklig föda och allmän vanvård. Även här får således HIV-smittan vägas in i bedömningen av vilken fara för den egna hälsan som föreligger. För att undvika missförstånd vill beredningen slå fast än en gång att övriga skäl för LVM naturligtvis måste föreligga. Är det t ex inte klarlagt att det är fråga om ett fortgående

missbruk eller om SoL-vård är tillräcklig, kan inte LVM tillämpas.

Beredningen vill också framhålla att i de fall HIV-smittade bereds vård med stöd av LVM gäller LVM-insatserna enbart vård för att komma från missbruket. Smittskyddsaspekterna tillgodoses visserligen delvis härigenom, men LVM-vården upphör så snart syftet med den har uppnåtts. Därefter är det smittskyddslagen som får användas primärt, om det är nödvändigt från smittskyddssynpunkt. Förhållandet mellan LVM och smittskyddslagen utvecklas mer utförligt i specialmotiveringen till 4 §.

9.3 Vårdtidens längd

Enligt nykterhetsvårdslagen var vårdtiden i normalfallet ett år. Om missbrukaren tidigare under de senaste fem åren varit intagen på anstalt, var vårdtiden två år. För vissa farliga missbrukare och sådana som togs in för fjärde gången kunde vårdtiden förlängas med ytterligare två år. I samtliga fall gällde att utskrivning från anstalten skulle ske före vårdtidens utgång, om det kunde antas att den intagne efter utskrivningen skulle föra ett nyktert liv.

Den genomsnittliga vårdtiden för tvångsintagna var år 1979 266 dagar. Sista året man redovisade individuell statistik var år 1974. Den visar att av 346 personer som tvångsintogs år 1974 enligt 18 § NvL vårdades hälften högst fem månader. En tredjedel vårdades längre än sex månader. 50 personer hade en vårdtid som översteg ett år. Med vårdtid menas här sammanlagd tid på anstalt på grund av samma intagning. Vårdtiden kunde sålunda bestå av flera vårdperioder som avbröts av mellanliggande försökspermissioner. De sammanhängande vårdperioderna uppgick vanligen till mellan två och tre månader.

Socialberedningen ansåg i sitt betänkande (SOU 1981:7) om LVM att tvångsvården skulle vara begränsad till vad som erfordrades för att ge den enskilde incitament till en fortsatt vård i frivilliga former. Vården var främst avsedd som ett medel att avbryta en destruktiv utveckling. Dess syfte var att ge den enskilde motivation och realistisk möjlighet att själv fortsätta att arbeta med problemen. Beredningens förslag utgick från att vården i allmänhet borde kunna avslutas inom två månader. Detta föreslogs bli den maximala vårdtiden i normalfallet. Förslaget innebar enligt beredningen (sid 43) en kraftig minskning av vårdtiden jämfört med vad som dittills hade varit vanligt för tvångsintagna missbrukare. Beredningen ansåg emellertid att det i vissa situationer skulle finnas möjligheter att utsträcka vårdtiden ytterligare två månader när normaltiden var otillräcklig för att den intagne skulle få den vård han behövde eller för att undvika att han vid utskrivningen skulle hamna i en lika dålig miljö som tidigare.

Departementschefen (prop 1981/82:8 sid 47) anslöt sig till beredningens förslag men uttalade viss tveksamhet om vårdtiden kunde anses tillräcklig för de svåraste fallen. Tillämpningen av lagen, särskilt såvitt avsåg vårdtiden, måste enligt departementschefen följas noga.

Enligt 2 § LVM är syftet med tvångsvården en från missbruket frigjord livsföring. Enligt motivuttalandena är syftet dock på kort sikt mera be-

gränsat, nämligen att skapa motivation för och reella möjligheter till fortsatt vård i frivilliga former.

Enligt beredningens uppfattning måste det grundläggande syftet med tvångsvården alltjämt vara att missbrukaren skall befrias från sitt missbruk. Fortfarande anser beredningen vidare att tvångsvården inte kan få pågå så länge som behövs för att missbrukaren enbart genom tvångsvården skall bli varaktigt fri från missbruk. Grunden för detta ställningstagande är uppfattningen att det inte är behandlingsmässigt lämpligt eller ens möjligt att åstadkomma en så genomgripande förändring hos någon med tvång.

Beredningen anser att vårdtiden måste bestämmas med hänsyn tagen till vårdens uppgift. Denna uppgift är dels att bryta en pågående missbruksperiod, dels att ge missbrukaren motivation för och möjligheter till fortsatt frivillig vård som i sin tur skall leda till att han eller hon blir varaktigt fri från sitt missbruk.

Av tillgänglig statistik framgår att 15 procent av samtliga LVM-klienter under ett år återkommer för ny LVM-vård under samma år. 47 procent av alla LVM-klienter har tidigare vårdperioder bakom sig. En tiondel av fallen återkommer 9-15 gånger under en fyraårsperiod.

Det förhållandet att så många missbrukare återkommer för ny LVM-vård inom en så kort tid kan tyda på att motivationstiden varit för kort. Slutsatsen är naturligtvis i och för sig inte given, eftersom man under alla förhållanden måste räkna med en hög återfallsfrekvens inom den grupp av tunga missbrukare som aktualiseras för LVM-vård, men den stärks av de synpunkter som framförts vid socialberedningens hearings med företrädare för bl a missbrukarvården och av de uppgifter som i övrigt har framförts till beredningen. Dessa synpunkter kan sammanfattas så här.

De missbrukare som kan bli aktuella för LVM-vård är inte någon enhetlig grupp med likartade vårdbehov. Den största gruppen utgörs av alkoholiserade män i åldrarna över 30 år. LVM-vårdens viktigaste uppgift för denna grupp är att bryta en destruktiv missbruksperiod och att ge missbrukaren den vård som behövs för att han fysiskt och psykiskt återhämtad skall kunna ta emot vård i öppna former. Den nuvarande tiden för tvångsvård på institution kan inte sägas vara för kort för denna grupp. Vårdtiden på hemmet bör ofta som nu kunna begränsas till någon eller ett par månader. Det är däremot väsentligt att institutionsvistelsen oftare än i dag följs av en långsiktig vård i öppna former på hemorten.

När det gäller de yngre alkohol- och narkotikamissbrukarna är de uppgifter som beredningen har erhållit från både socialnämnderna och behandlingshemmen helt entydiga. Missbrukarvården har i stor utsträckning misslyckats med vården av de yngre vuxna missbrukarna. Bland dessa finns större delen av de vuxna narkotikamissbrukarna. Deras kontakter med missbrukarvården är korta och leder mycket sällan till drogfrihet eller fortsatt behandling i andra former. Misslyckandet inom LVM-vården med de yngre vuxna missbrukarna utgör en stark kontrast mot de goda erfarenheterna från de behandlingskollektiv som arbetar med missbrukare under 20 år. Kollektivens behandlingsprogram är fleråriga och de unga bereds oftast vård med stöd av LVU under lång tid. Från dessa kollektiv har man framhållit att det inte finns några prin-

cipiella hinder mot att arbeta enligt samma metodik med missbrukare i åldrarna närmast över 20 år.

Målet är att LVM-vården skall ge realistiska förutsättningar för missbrukaren att fullfölja ett långsiktigt behandlingsprogram. För att ge de yngre vuxna missbrukarna sådana förutsättningar krävs att den nuvarande vårdtiden förlängs. Därigenom blir det möjligt att föra över många av de yngre missbrukarna från LVM-hemmen till sådana kollektiv som nyss nämnts. Detta är ett viktigt skäl för att förlänga vårdtiden.

Ett annat skäl är att tiden för tvångsvård bör omfatta försök att på prov överföra missbrukaren till öppnare vårdformer. Erfarna behandlare har framfört till beredningen att det är en brist att nuvarande vårdtid inte räcker för att prova andra vårdformer. Statistiken ger besked om att vård på försök i andra former förekommer i förhållandevis liten utsträckning. Endast i en femtedel av fallen har vård utanför LVM-hemmet enligt 15 § LVM prövats. I de flesta av dessa fall har det rört sig om vistelse i missbrukarens eget hem utan några behandlingsinsatser.

Enligt beredningens mening är det angeläget att vårdtiden enligt LVM kan utnyttjas för behandling i andra vårdformer som t ex kommunalt eller enskilt drivna behandlingshem, familjevård eller väl planerad vård i öppna former. Vården på ett LVM-hem är så skyddande att en plötslig övergång till helt öppen vård utan tvång kan bli svår att klara. Från många behandlare har framhållits att denna ordning förmodligen bidrar till många återfall i missbruk. Det är angeläget med en successiv utslussning i samhället och nödvändigt att omgärda viss tid av den öppna vården med tvång.

Vårdtiden bör alltså i högre utsträckning än för närvarande utnyttjas för att på försök pröva andra vårdformer än LVM-hem.

Beredningen har sålunda funnit att nuvarande vårdtid — två månader med möjlighet i vissa fall till två månaders förlängning — i många fall inte räcker för att klara LVM:s viktiga uppgift att motivera missbrukaren till frivillig vård. Behandlingsmässiga skäl talar för en förhållandevis lång vårdtid. Med hänsyn till lagens karaktär av undantagslag, som skall tillgripas som en sista utväg, och till det djupa ingrepp i den enskildes integritet som ett frihetsberövande innebär, vill socialberedningen emellertid inte sträcka sig längre än till att föreslå 6 månader som en längsta vårdtid.

Denna vårdtid skall ses som ett led i en längre behandling. Utslussningen i samhället och eftervården är minst lika viktiga inslag i vården som institutionsvistelsen. För en mycket stor del av LVM-klienterna — alkoholmissbrukare i åldrarna 30 år och äldre — finns det som regel inget behov av en institutionsvistelse som överstiger någon eller ett par månader. Efter en kort vistelse på institution bör de på sin egen hemort få stöd och behandling i öppna former. För de yngre missbrukarna är det, som nyss sagts, av behandlingsskäl lämpligt med en längre tids vård på ett behandlingshem. Vårdtiden enligt LVM kan ge de yngre missbrukarna det stöd de behöver för att kunna fullfölja behandlingsprogrammet.

Vårdtiden om 6 månader skall utgöra en längsta tid för vård utan missbrukarens samtycke. Det bör sålunda inte finnas möjlighet till förlängning av tiden. Däremot skall utskrivning naturligtvis kunna ske dessförinnan.

Mot möjligheten till förlängning talar främst erfarenheten att den enskilde ibland ser förlängningen som en bestraffning. Detta är till men för behandlingen. Från behandlingshemmen har upplysts att det ofta är svårt att planera och genomföra vård utanför institutionen när man inte från början känner till vårdtidens längd. Man har nämligen inte redan vid planeringstillfället kunnat utgå från att vårdtiden kommer att förlängas. Detta har motverkat strävanden att under vårdtiden placera den enskilde utanför LVM-hemmet på exempelvis något behandlingskollektiv. Vidare har man från behandlingshemmen upplyst att vården genom förlängningsinstitutet ofta kommit att behandlingsmässigt bestå av två olika perioder. Vid den ordinarie vårdtidens utgång har man fått börja på nytt med motivationsarbetet inför förlängningstiden. Förlängningsinstitutet har således ofta försvårat såväl en god vårdplanering som behandlingsarbetet.

Tvångsvården skall liksom nu i första hand upphöra när syftet med vården — motivation till frivillig vård — är uppnått. Uppnås inte detta syfte tidigare, får hela sexmånadersperioden utnyttjas för motivationsarbetet. Var missbrukaren skall tillbringa vårdtiden är en annan sak. Som beredningen har understrukit — och närmare kommer att utveckla i kapitel 13 om LVM-vårdens resurser och innehåll — är avsikten att de intagna oftare än vad som sker i dag på prov skall kunna föras över från LVM-hemmet dels till frivilliga behandlingshem av olika slag, dels till vård i öppna former. Detta ställer stora krav på att socialnämnderna medverkar aktivt i vårdplaneringen och att en behandlingsplan upprättas i samråd med den enskilde, socialnämnden och institutionen. Till dessa frågor återkommer beredningen i kapitel 12. Beredningen vill emellertid redan här framhålla att vård utanför ett LVM-hem skall ses som ett normalt led i behandlingen. Möjligheterna till en öppen vård som är omgärdad av tvång skall användas i betydligt större utsträckning än för närvarande. Detta ställer särskilda krav på att socialnämnden tar ett aktivt ansvar för den enskildes behandling och ställer adekvata resurser till förfogande. Beredningen vill särskilt framhålla vikten av att den längre vårdtiden utnyttjas till att pröva det stora och varierade utbud av andra vårdformer än LVM-hem som finns i dag. För många bör en successiv utslussning till allt öppnare vårdformer kunna ske under sexmånadersperioden. Om missbrukaren återfaller i missbruk, får man naturligtvis överväga att återföra honom till LVM-hemmet.

Beräkningen av vårdtiden kan framstå som problematisk. Vården påbörjas enligt nu gällande regler inte i och med länsrättens beslut om beredande av vård utan då den enskilde efter framställning av socialnämnden och efter beslut av den som förestår vården tas in i en sådan institution som avses i 11 § LVM. Tiden för beslutet om intagning bildar utgångspunkten för vårdtidens beräkning (jämför prop 1981/82:8 sid 78). Om den enskilde dessförinnan har varit omedelbart omhändertagen, räknas inte den tiden av från vårdtiden. I specialmotiveringen till 7 § LVM (prop sid 79) framhålls att en inledande längre sjukhusvistelse, liksom andra långvariga avbrott i vården på institution, som regel bör föranleda att den enskilde skrivs ut från vård enligt lagen. Någon särskild regel om att vård utanför institutionen skall räknas av från vårdtiden

finns inte. Tvärtom förutsätter 15 § LVM att den intagne skall beredas möjlighet att vistas i andra vårdformer. Sådan tid skall då ingå i vårdtiden enligt LVM. Det har inte heller, i motsats till enligt nykterhetsvårdslagen (47 § NvL), ansetts nödvändigt att i lagen ange vad som skall gälla i fråga om beräkning av vårdtiden, om den enskilde avviker eller blir intagen i häkte eller kriminalvårdsanstalt. Även i sådana fall får institutionsledningen bedöma huruvida man vill låta vårdbeslutet bestå eller om man bör skriva ut den enskilde. Det senare alternativet bör enligt motiven regelmässigt komma till användning när det är fråga om en frånvaro som är längre än en månad. Motiveringen för detta ställningstagande är att syftet med vården då knappast kan uppnås inom den vårdtid som återstår.

Enligt socialberedningens mening måste beräkningen av vårdtiden vara rättssäker och okomplicerad. I kravet på rättssäkerhet ligger här bl a att tidens längd skall vara förutsebar och att beräkningen skall ske med utgångspunkt från lagens syfte. I kravet på enkelhet ligger dels att såväl den enskilde som myndigheterna lätt skall kunna kontrollera att tiden inte överskrids, dels en strävan att undvika sofistikerad "millimeterrättvisa" som kan leda till onödig byråkrati.

Den kritik som har riktats mot nuvarande ordning har framför allt gällt det förhållandet att tid då missbrukaren olovligen vistas utanför institutionen inte räknas av från vårdtiden. Beredningen har förståelse för denna kritik. Som vi konstaterat tidigare har beredningens kartläggning visat att rymningarna från LVM-hemmen blivit anmärkningsvärt vanliga. Vid ca 40 procent av alla vårdtillfällen enligt LVM under år 1985 förekom sålunda avvikningar från behandlingshemmen. Vid ca 10 procent av fallen översteg den tid som missbrukaren var avviken från institutionen två veckor. För narkotikamissbrukarnas del var antalet rymningar ännu mycket vanligare och avvikelseperioderna längre. Bland dessa förekom sålunda rymningar i nära 70 procent av fallen. Över en tredjedel av de LVM-vårdade narkotikamissbrukarna hade en avvikelseperiod som översteg två veckor. Med hänsyn till dessa uppgifter, med den utvidgning av vårdtiden som nu föreslås och mot bakgrund av det ansvar vårdgivaren har för missbrukarens person är emellertid en ändring nödvändig. Det rimmar för övrigt dåligt med vårdens legala syfte — att motivera den enskilde till en fortsatt behandling — att skriva ut missbrukaren från vård innan detta syfte har uppnåtts. Samhällets ansvar för missbrukaren får inte upphöra därför att denne avbryter vården genom att avvika.

Som konstaterats ovan skall missbrukaren under vårdtiden kunna vistas på LVM-hem eller vårdas i annan form. Den som förestår vården skall, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Sådan vård skall givetvis ingå i vårdtiden. Även tid då missbrukaren är intagen på sjukhus för inledande sjukhusvård eller för annan sjukhusvård bör inräknas i vårdtiden.

Om missbrukaren avvikit från ett LVM-hem eller annat hem i vilket han är intagen, bör den tid varunder han olovligen vistas utanför hemmet inte få inräknas i vårdtiden. Det är dock nödvändigt att, om missbruka-

ren hållit sig undan en längre tid, pröva om förutsättningar för upphörande av LVM-vården föreligger. Om missbrukaren avhållit sig från missbruk under bortovaron, är det ju möjligt att vården kan upphöra. Detta torde emellertid höra till ovanligheterna. Om han hållit sig undan en längre tid — mer än sex månader i följd — är det rimligt att beslutet om vård upphör.

En missbrukare som under vårdtiden lovligen vistas i eget hem, men som börjar missbruka igen kan behöva återintas på LVM-hemmet. Om missbrukaren efter beslutet om återhämtning håller sig undan, bör tiden efter beslutet inte räknas in i vårdtiden.

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

Utgångspunkten för vårdtidens beräkning föreslås liksom nu vara dagen för beslutet om intagning på ett LVM-hem och inte verkställigheten. Skälet är att det är enklast att utgå från beslutet. Intagningsbeslutet fattas normalt samtidigt som missbrukaren tas in på ett LVM-hem eller sjukhus. Om missbrukaren håller sig undan skall som nyss sagts tiden för undanhållandet räknas av från vårdtiden. Från vårdtiden skall vidare räknas den tid missbrukaren olovligen vistas utanför det hem där vården skall bedrivas. Likaså skall avräknas tid under vilken han är häktad eller intagen på en kriminalvårdsanstalt. Vården skall upphöra när syftet med den har uppnåtts och senast sex månader efter det att vården påbörjades. Vården upphör genom beslut om utskrivning som fattas av den för vården ansvarige.

Beredningen har övervägt om vårdtiden också borde omfatta den tid den enskilde eventuellt varit omedelbart omhändertagen. Med hänsyn till önskemålet att ha enkla regler och då det omedelbara omhändertagandet normalt är mycket kort har beredningen stannat för att inte föreslå en sådan ändring.

9.4 Sammanfattning

Sammanfattningsvis föreslår socialberedningen ändringar i grunderna för LVM i syfte att möjliggöra vård med stöd av lagen tidigare och i mindre akuta skeden av missbruket. Till följd härav utmönstras ur lagtexten ordet "trängande", vilket uttryck i tilllämpningen lett till ett krav på redan uppkomna svåra skador eller ett akut behov av avgiftning. Beredningen föreslår att nuvarande 2 § och 3 § skrivs ihop till ett lagrum för att kunna klarare visa sambandet mellan de olika rekvisiten. Beredningen föreslår vidare att tillämpningsområdet utvidgas till att omfatta även missbruk av andra beroendeframkallande medel än alkohol eller narkotika, såsom t ex thinner.

Helhetssynen på individen kräver enligt socialberedningen att vid bedömningen av missbrukets medicinska risker även de sociala skadeverkningarna beaktas. I syfte att rädda i första hand unga missbrukare från en

social undergång och förtidig död föreslås att vård enligt LVM skall beredas den som — om övriga förutsättningar är uppfyllda — till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt.

Socialberedningen föreslår att närståendeskyddet bibehålls oförändrat i lagen. Däremot finns inte tillräckliga skäl att utsträcka skyddet till någon annan än närstående.

Beredningen slår fast att allt dagligt intravenöst missbruk måste anses innebära en så allvarlig fara för hälsan att LVM är tillämplig. HIV-smittade intravenösa missbrukare bör därför — om frivillig vård är utsiktslös — kunna beredas vård enligt LVM för att komma ifrån sitt missbruk. Att införa någon uttrycklig smittskyddsfunktion i LVM har beredningen bedömt som vare sig nödvändigt eller lämpligt.

Slutligen föreslår beredningen att vården skall upphöra senast sex månader efter det att den påbörjades. Från vårdtiden skall avräknas tid under vilken missbrukaren varit avviken eller vistats i häkte eller på kriminalvårdsanstalt.

10 Utrednings- och ansökningsförfarandet

10.1 Gällande rätt

Frågan om att bereda någon vård med stöd av LVM prövas i en tvåpartsprocess inför länsrätten. Länsstyrelsen för därvid det allmännas talan.

Länsstyrelsen utreder om det finns skäl att bereda någon vård. Myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare är skyldiga att anmäla till länsstyrelsen om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM. Anmälningar kommer i första hand in från socialnämnderna, men även från polis, skyddskonsulenter och läkare.

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

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

10.2 Kort historik

Enligt nykterhetsvårdslagen låg utredningsskyldigheten hos socialnämnden. Det var också socialnämnden som gjorde ansökan om tvångsintagning hos länsrätten.

Socialutredningen föreslog i sitt principbetänkande (SOU 1974:39) Socialvården, Mål och medel att socialnämnden alltjämt skulle ha viktiga handläggningsuppgifter i tvångsärenden mot vuxna missbrukare. So-

cialnämnden skulle sålunda verkställa utredning och ansöka hos länsrätten om vård.

I slutbetänkandet (SOU 1977:40) Socialtjänst och socialförsäkringstillägg valdes en konstruktion med vård av missbrukare inom ramen för LSPV. I betänkandet (Ds S 1978:8) Vård utan samtycke inom socialvård och sjukvård föreslog en särskilt tillkallad arbetsgrupp att LSPV skulle kompletteras med bestämmelser som avsåg missbrukare. I prop 1979/80:1 om socialtjänsten valdes denna modell, vilken emellertid förkastades av riksdagen som begärde ett nytt förslag.

Socialberedningen, som redovisade sitt förslag i betänkandet (SOU 1981:7) Lag om vård av missbrukare i vissa fall, föreslog att länsstyrelsen genom sin sociala enhet skulle svara för utredning och föra talan hos länsrätten. Beredningen ansåg att det var viktigt att LVM-ärendena handlades på ett enhetligt sätt inom länet och inte skiftade alltför mycket från kommun till kommun. Av rättssäkerhetsskäl kan i denna typ av ärenden inte några större lokala variationer accepteras, framhölls det. Genom att utredningsskyldigheten ålades länsstyrelsens sociala enhet i stället för socialnämnden åstadkoms dessutom en ytterligare prövning av frågan om det fanns skäl för vård enligt lagen. Enligt beredningens uppfattning var det en fördel att en myndighet som inte tidigare sysslat med ärendet bedömde vårdfrågan innan denna förelades länsrätten. Beredningen ansåg att farhågorna för att det skulle bli ett dubbelarbete var överdrivna. Länsstyrelsen kunde ju ta del av de uppgifter i saken som fanns hos socialnämnden.

I prop 1981/82:8, som byggde på socialberedningens förslag, erinrade departementschefen om att länsstyrelsernas dåvarande socialkonsulentorganisation upphört den 1 juli 1981 och ersatts av tjänster som främst avsåg tillsyn, rådgivning, sociala bedömningar, bistånd till länsrätten, medverkan i regional samhällsplanering och handläggning av statsbidragsärenden och alkoholärenden. Varken tiden eller den ekonomiska situationen medgav att man byggde upp en särskild organisation för handläggning av LVM-ärenden i länsstyrelsen. Det föreslogs därför som en övergångslösning att socialnämnden skulle utreda och ansöka om vård enligt LVM. Departementschefen framhöll att socialberedningen i sina fortsatta överväganden borde överväga möjligheten att anordna en funktion som allmänt ombud i sociala mål vid länsstyrelsen. Ett sådant ombud skulle ha en utredande funktion och föra talan inför länsrätten.

Socialutskottet (SoU 1981/82:22 sid 11) ansåg att länsstyrelsen skulle ges ansvaret för utredning och ansökan enligt LVM, men att socialnämnden skulle fullgöra dessa uppgifter under en tvåårig övergångsperiod.

Socialnämnden ansvarade sålunda för utredning och ansökan till den 1 januari 1984. Därefter har länsstyrelsens sociala enhet haft funktionen som utredande och ansökande myndighet.

10.3 Annan lagstiftning

Ärenden enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) initieras och utreds av socialnämnden. Det är också socialnämnden som ansöker om vård hos länsrätten och för talan i domstolen.

Socialberedningen har i betänkandet (SOU 1986:20) Barns behov och föräldrars rätt föreslagit att det skall anordnas en funktion som allmänt ombud i sociala mål vid länsstyrelserna. Enligt förslaget skall det allmänna ombudet avlasta socialsekreteraren genom att ta över många av de formella och juridiska uppgifter som socialsekreterarna har i dag under domstolsprocessen. Det allmänna ombudet skall göra en självständig bedömning av ärendet och driva processen i domstolen. Det allmänna ombudet skall anlitas bara i de fall socialnämnden själv vill det. I övriga fall skall allmänna ombudet enbart yttra sig i processen och ha en rådgivande funktion.

Förslaget har bearbetats av en särskilt tillkallad utredare. Denne har i betänkandet (Ds S 1987:3) Översyn av LVU inte föreslagit någon ändring av nuvarande ordning.

Mål om återkallelse av körkort och körkortstillstånd samt vissa andra körkortsmål prövas enligt körkortslagen (1977:477) av länsrätten. Det allmännas talan i sådana mål förs av ett allmänt ombud. Det allmänna ombudet har samma utredningsbefogenheter som rätten har, dvs bl a att höra socialnämnden och förelägga den enskilde att ge in läkarintyg. Allmänna ombudet utreder och ansöker om åtgärder enligt körkortslagen. Han får föra talan även till den enskildes förmån.

Allmänna ombud med olika uppgifter finns också bl a inom socialförsäkringen, folkbokföringen, uppbördslagstiftningen och utlänningslagen.

10.4 Överväganden

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

Från olika håll har framförts krav på att socialnämnderna skall återfå ansvaret för utredning och ansökan om LVM-vård. De skäl som åberopats till stöd för det har i första hand gällt effektiviteten. Länsstyrelsens utredningar sägs ha inneburit dubbelarbete och en fördröjning av behövliga insatser. Det har även påpekats, bl a från riksrevisionsverket, att utredningsarbetet tar resurser från angelägna tillsynsuppgifter för länsstyrelsens sociala funktion. Från andra håll har framhållits att socialnämndens övergripande ansvar för att missbrukare får vård borde stärkas genom ett ansvar också för utredning och ansökan om LVM-vård.

Socialberedningen anser att de argument som i motiven till LVM anfördes för länsstyrelsens roll i LVM-handläggningen fortfarande är bärande. Man måste slå vakt om en enhetlig rättstillämpning när det som här gäller tvångsåtgärder. Även om det slutliga avgörandet vilar på domstolen, kan socialnämndernas olika utgångspunkter och prioriteringar leda till lokala skillnader i karaktär och antal på de ärenden som förs till domstol. Av rättssäkerhetsskäl är det bättre att någon annan än socialnämnden bedömer när möjligheterna att vidta förebyggande och frivilliga åtgärder är uttömda. Det är bättre om en utomstående myndighet

prövar kvaliteten på insatserna. Härigenom får den enskilde en ytterligare prövning av ärendet innan det eventuellt förs till domstol. Resultatet kan bli en jämnare standard på den frivilliga vården. Det är också viktigt att signaler från andra myndigheter, som kommer i kontakt med missbrukare, fångas upp och kontrolleras av en utomstående myndighet. Skyddskonsulenter, polis eller läkare kan ha en uppfattning om vårdbehovet som avviker från socialnämndens. Det är bra att länsstyrelsen får tillfälle att granska även sådana fall som av olika anledningar inte förts fram i socialnämnden. Det kan i detta sammanhang noteras att ansökningarna om vård ökade från ca 920 per år under 1982 och 1983 då ansvaret för ansökan låg hos socialnämnden till ca 1 300 per år under 1984 och 1985 då länsstyrelsen hade ansvaret.

Vad som nu anförts har särskild betydelse mot bakgrund av att beredningen i detta betänkande föreslår vidgade möjligheter att ingripa mot missbruk med stöd av LVM. Ingripandet skall kunna ske tidigare och i mindre akuta skeden av missbruket. Inte minst ställer förslaget att även missbrukets sociala skadeverkningar skall beaktas stora krav på de myndigheter som har att handlägga frågor om beredande av vård. Av rättssäkerhetsskäl är det angeläget att det finns ett regionalt organ som kan leda rättstillämpningen mot större enhetlighet och kvalitet än de olika lokala nämnderna kan göra.

Det finns således starka sakliga skäl som talar för att länsstyrelsen också fortsättningsvis ansvarar för utredning och ansökan till länsrätten. Härtill kommer betydelsen av att befattningshavarna hos berörda myndigheter får arbetsro att utföra sina viktiga arbetsuppgifter. Det är omvittnat att upprepade djupgående organisationsförändringar skapar förvirring och olust, vilket kan leda till sämre kvalitet på arbetet. Socialnämnderna har nyligen befriats från uppgiften att ansöka om vård och föra talan i domstolarna. Att efter kort tid åter ge dem denna uppgift förefaller olämpligt. Socialberedningen anser således att länsstyrelsen skall behålla ansvaret för utredning och ansökan om vård.

Beredningen vill dock i sammanhanget medge att de farhågor som vid tillkomsten av lagen uttrycktes för dubbelarbete hos myndigheterna i viss mån har besannats. Det är otvivelaktigt så att länsstyrelsen i många fall gör en egen utredning samtidigt som socialnämnden tidigare har utrett samma sak. Det kan över huvud taget ifrågasättas om inte socialnämnden borde kunna spela en aktivare roll under utredningsarbetet.

I det sammanhanget bör 50 § socialtjänstlagen uppmärksammas. Enligt denna bestämmelse skall socialnämnden utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Detta innebär enligt motiven (prop 1979/80:1 sid 399—401 och 562) att nämnden skall agera ex officio. Nämnden skall alltså inleda en utredning oberoende av det sätt (t ex genom anmälan från enskild person, myndighet, egen socialtjänsteman eller nämndledamot) på vilket kännedom erhållits om de sakförhållanden som påkallar den. Om socialnämnden är handlingspliktig enligt socialtjänstlagen eller andra författningar, måste utredning inledas om någon åtgärd från nämndens sida bedöms kunna komma ifråga.

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

I andra fall kan LVM-ärendet ha aktualiserats hos länsstyrelsen genom en anmälan enligt 30 § LVM från någon annan myndighet än socialnämnden. Ibland är missbrukaren i sådana fall okänd för socialnämnden. När det gäller narkotikamissbrukare är dessa ofta kända hos andra myndigheter (t ex kriminalvården, sjukvården eller arbetsförmedlingen) men inte hos socialnämnden. När socialnämnden av länsstyrelsen uppmärksammas på en sådan för nämnden tidigare okänd missbrukare åligger det nämnden i enlighet med 11 § socialtjänstlagen att undersöka vilket stöd och hjälp nämnden kan bistå med. Socialnämnden måste göra en utredning för att utröna detta. Inte minst viktigt är det att socialnämnden undersöker om frivilliga insatser kan ersätta tvångsvård. I de fall ärendet leder till LVM-vård måste socialnämnden göra en utredning för att utreda vilka vårdinsatser som skall följa under och efter LVM-vården.

Socialnämnden har således redan nu ett eget utredningsansvar när det gäller de missbrukare som är aktuella i LVM-ärendena. Det är därför enligt beredningens mening naturligt att socialnämnden även utför den egentliga LVM-utredningen på länsstyrelsens uppdrag.

Det är angeläget att socialnämnden på ett tidigt stadium får tillfälle att delta i den långsiktiga vården av missbrukaren. Syftet med LVM-vården är att motivera missbrukaren till fortsatt behandling i frivilliga former. När detta syfte har uppnåtts är det socialnämnden som skall ta över ansvaret för den fortsatta vården. Som vi har konstaterat tidigare uppvisar socialnämndens uppföljning efter LVM-vården i dag stora brister. Bristen på adekvat uppföljande vård har av många framhållits som ett av de stora problemen inom detta område. Förslaget att socialnämnden skall utföra LVM-utredningen på länsstyrelsens uppdrag medför en skyldighet och därmed en möjlighet för socialnämnden att tidigt etablera en kontakt med missbrukaren. Detta ökar förutsättningarna för att socialnämnden skall kunna planera och genomföra egna insatser för missbrukaren.

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

Myndigheter som kommer i kontakt med missbrukare skall även i fortsättningen ha en anmälningsskyldighet till länsstyrelsen. Länsstyrel-

sen skall ha befogenhet att begära utredning från socialnämnden. Länsstyrelsen skall också besluta om läkarundersökning och utse en läkare för undersökningen. Om länsstyrelsen inte är nöjd med socialnämndens utredning, får komplettering begäras i de avseenden som brister. Om länsstyrelsen i något fall anser att det är nödvändigt med en egen personlig kontakt med missbrukaren, skall det naturligtvis ske. Länsstyrelsen skall som i dag göra en självständig bedömning av ärendet och eventuellt ansöka om vård hos länsrätten. Nämnden skall inte själv kunna göra ansökan eller föra talan i länsrätten. Länsstyrelsen skall som nu driva processen i domstolarna.

Genom en sådan ordning kan den sociala funktionen på länsstyrelsen avlastas utredningsresurser som i stället kan ägnas det övergripande tillsynsarbetet.

För socialnämndens del torde utförandet av utredningen normalt inte leda till någon avsevärt ökad arbetsbörda. Kontakten med missbrukaren är ofta redan etablerad. Flera försök till vård i öppna former har oftast skett. Ofta blir det enbart fråga om att sammanställa redan gjorda anteckningar samt tillföra missbrukarens egna synpunkter och förslag. Om utredningsmaterial beträffande missbrukaren inte redan finns hos socialnämnden, måste socialnämnden emellertid göra en ny utredning. Denna kan då ligga till grund för såväl LVM-ansökan som för bedömningen av socialnämndens egna insatser för den enskilde. Genom att utredningsarbetet utförs av socialnämnden undviks inte bara dubbelarbete. Socialnämnden tvingas dessutom att sammanfatta och granska sina egna tidigare gjorda insatser. Detta kan vara värdefullt för hela missbrukarvården i kommunen, inte minst på lång sikt.

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

I mål om beredande av vård enligt LVM finns redan en företrädare för det allmänna, nämligen länsstyrelsens sociala funktion. Länsstyrelsen har i enlighet med 33 § förvaltningsprocesslagen rätt att överklaga beslut som gått länsstyrelsen emot. Enligt 41 och 42 §§ rättshjälpslagen skall kostnadsfri rättshjälp genom offentligt biträde förordnas, om det inte måste antas att behov av biträde saknas. De krav som har lett till att allmänt ombud har införts på andra områden är således redan tillgodosedda när det gäller LVM. Inte heller finns det — som framförts beträffande LVU — något behov ett av allmänt ombud för att avlasta socialsekreterarna formella och juridiska uppgifter. Dessa uppgifter ligger ju redan på länsstyrelsen. Enligt socialberedningens mening finns det inte heller något annat som tyder på att det skulle finnas behov av ett särskilt allmänt ombud i mål enligt LVM.

10.5 Särskilt om läkarintygen

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

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

Frågan om läkarintygets betydelse och utformning har tagits upp av JO i ett beslut den 15 augusti 1986 (JO:s dnr 3240—1985). En socialnämnd hade vänt sig till JO i ett ärende där länsstyrelsen på grund av läkarintygets innehåll skrivit av ärendet utan att ansöka om vård eller göra en fortsatt utredning i ärendet. JO var i sitt beslut kritisk mot länsstyrelsens sätt att handlägga ärendet. JO ifrågasatte också om inte läkarintyget borde ges en annan utformning. Enligt JO har kravet på läkarintyg tillkommit i den avsikten att komplettera utredningen vid länsstyrelsen med en redogörelse för missbrukarens *aktuella* hälsotillstånd främst med avseende på hans behov av somatisk eller psykiatrisk vård. Däremot, anför JO, har avsikten inte varit att läkaren på det begränsade utredningsmaterial som står honom till buds, skall göra en fullständig bedömning av om förutsättningar för vård enligt LVM föreligger.

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

Även läkarexpertis som beredningen har konsulterat har ansett att läkarutlåtandet i LVM-ärenden rutinmässigt tillmäts en alltför stor betydelse. Detta anses hänga samman med bl a intygens utformning. Enligt det formulär som har utformats av socialstyrelsen skall läkaren ta ställning till om LVM är tillämplig. Läkaren har dock mera sällan tillgång till all den information som krävs för att kunna avgöra detta. Från läkarhåll har det också ifrågasatts om inte läkare som utfärdar intyg enligt LVM borde vara specialiserade i allmän medicin eller psykiatriska sjukdomar.

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

De faktorer som rör missbrukarens sociala situation kan emellertid också ha betydelse för om han kan antas klara sig ur missbruket eller om han kommer att fortsätta att missbruka och därigenom utsätta sin hälsa eller sociala situation för fara. Detta understryks av de ändringar beredningen föreslår i grunderna för vård enligt LVM (se avsnitt 9.2). Läkaren har oftast inte tillgång till alla de uppgifter som socialnämnden har i sin utredning. Han kan därför inte göra den helhetsbedömning av missbrukarens prognos och fortsatta riskexponering som behövs för att bedöma behovet av vård enligt LVM. Det har inte heller förutsatts att läkaren skall göra en sådan bedömning. Det är med lagens nuvarande utform-

ning i stället länsstyrelsen och rätten som skall göra denna helhetsbedömning på grundval av såväl läkarutlåtandet som den sociala utredningen i ärendet.

Socialberedningen föreslår, som framgått ovan, att socialnämnden skall utföra utredningen åt länsstyrelsen i LVM-ärenden. Den ordningen kan antas bidra till att länsstyrelsens bedömning kommer att bli mer förutsättningslös än vad den ibland har varit. Socialnämndens redogörelse och läkarens utlåtande skall tillsammans bilda grund för länsstyrelsens eget ställningstagande.

Läkarintygets utformning är inte enda orsaken till att läkarens utlåtande ibland har fått för stor betydelse. Dess utformning har emellertid bidragit till det, varför en ändring bör övervägas.

I LVM stadgas endast att det skall göras en undersökning av missbrukarens *aktuella* hälsotillstånd. I förarbetena (prop 1981/82:8 sid 76) uttalades att ansökan bör innehålla ett läkarintyg, i vilket läkaren bör lämna en redogörelse för missbrukarens hälsotillstånd och göra en *allmän* bedömning av hans vårdbehov och av vilka åtgärder som behövs.

Socialberedningen anser i likhet med bl a JO att formuläret för läkarintyg i LVM-ärenden har fått en utformning som inte är anpassad till den utredningssituation som föreligger hos läkaren. Enligt beredningens mening bör intyget innehålla besked om missbrukarens aktuella hälsotillstånd och hans allmänna behov av vård. Det bör däremot inte åläggas läkaren att redovisa ställningstaganden i fråga om förutsättningar för vård enligt LVM.

Det ankommer på socialstyrelsen att utarbeta formulär för läkarintyg och anvisningar för att fylla i det. Enligt vad beredningen har inhämtat avser socialstyrelsen att vidta sådana ändringar som nyss nämnts. Socialstyrelsen bör därvid också överväga behovet av att ställa särskilda krav på kompetensen hos de läkare som skall utfärda intygen.

Såsom beredningen närmare har utvecklat i kapitel 9, föreslår vi en ändring av grunderna för beredande av vård som tar sikte på de sociala riskerna med missbruk. Vi har föreslagit att den som till följd av missbruket utsätter sin hälsa eller utveckling för allvarlig fara eller allvarligt försämrar sina levnadsförhållandena i övrigt skall kunna tas om hand för vård enligt LVM. Detta innebär att läkarintygets betydelse minskar något vid den helhetsbedömning av missbrukarens totala livssituation som blir aktuell.

Socialberedningen har sålunda funnit att det aktuella problemet kan lösas utan att några andra åtgärder vidtas än att ett nytt formulär för intyget utarbetas. Någon lagändring föreslås därför inte härvidlag.

10.6 Sammanfattning

Sammanfattningsvis föreslår socialberedningen att länsstyrelsen också i fortsättningen skall ha ansvaret för utredning och ansökan i LVM-ärenden. Socialnämnden föreslås emellertid få uppdraget att utföra själva utredningsarbetet. Socialnämnden skall samla in faktaunderlaget och länsstyrelsen skall stå för bedömningen av behovet av LVM-vård. Här-

igenom undviks dubbelarbete och ges socialnämnden bättre möjligheter att tidigt bistå missbrukaren.

Något skäl att införa att s k allmänt ombud i stället för länsstyrelsens sociala funktion har inte socialberedningen funnit.

Socialberedningen föreslår slutligen att läkarintygen i LVM-ärenden skall ges en annan utformning. Intyget skall innehålla en redogörelse för missbrukarens aktuella hälsotillstånd och inte något uttalande om förutsättningarna för LVM är uppfyllda.

11 Omedelbara omhändertaganden

11.1 Inledning

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

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

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

Som framgår av avsnitt 3.3.6 har emellertid de omedelbara omhändertagandena, i motsats till vad som antogs i förarbetena, kommit att bli många. Nästan 40 procent av alla beslut som fattas enligt LVM rör omedelbara omhändertaganden. Av dem som bereds vård med stöd av lagen har nästan 30 procent varit omedelbart omhändertagna. År 1985 fattades 484 beslut om omedelbara omhändertaganden, att jämföra med 1 247 beslut om vård samma år. 346 av de omhändertagna bereddes vård enligt LVM.

Ett relativt stort antal av de omedelbara omhändertaganden som görs av polisen fastställs inte av länsrätten (se avsnitt 3.3.6). Huvudskälet härtill torde i regel inte ha varit att omhändertagandet skulle ha varit obefogat när det gjordes, utan i stället att erforderlig vård har kunnat komma till stånd i frivilliga former. Vid den granskning av polismyndighetens omhändertaganden under år 1982 som beredningen redovisade i delbetänkandet (Ds S 1983:16) Erfarenheter av LVM och vissa andra socialtjänstfrågor konstaterade beredningen att det enbart var få mål där länsrätten ansett att det saknats fog för omhändertagandet (sid 55). De stickprovsvisa kontroller som beredningen har genomfört under år 1986 tyder på att det fortfarande görs mycket få omedelbara omhändertaganden som bedöms sakna fog.

Såvitt beredningen har sig bekant har det inte heller från något håll ifrågasatts att möjligheten till omedelbara omhändertaganden skall finnas kvar.

Att institutet som sådant bör vara kvar hindrar emellertid inte att reglerna kan behöva ses över. Tillämpningen av de nuvarande bestämmelserna har nämligen visat sig medföra vissa problem.

11.2 Rätten att besluta om ett omedelbart omhändertagande

Problemen vid tillämpning av reglerna om omedelbara omhändertaganden hänger till stor del samman med att polismyndigheten är den enda myndighet som har rätt att besluta om omhändertagande innan frågan om beredande av vård har anhängiggjorts vid länsrätten.

Den övervägande delen av de omedelbara omhändertagandena har visserligen rört missbrukare som polisen har träffat på i sin ordinarie verksamhet, t ex vid lägenhetsbråk. En mindre del har dock initierats av socialnämnder och länsstyrelser. I Stockholm uppskattar polisen att denna del uppgått till 20 procent av de omedelbara omhändertagandena. Det har från såväl socialarbetare som länsstyrelseföreträdare hävdats att det är förenat med olägenheter att dessa myndigheter inte själva kan fatta de beslut som behövs utan är hänvisade till att vända sig till polisen.

Socialnämnden har enligt 3 § SoL jämfört med 11 § samma lag det yttersta ansvaret för att varje missbrukare inom kommunen vid varje tillfälle får den vård och den hjälp han behöver. Däremot har socialnämnden alltså inte någon formell möjlighet att se till att ett omedelbart omhändertagande sker. En konsekvens av detta är, har man hävdat, att socialnämnderna inte alltid har kunnat ta sitt yttersta ansvar när det gäller missbrukare i behov av omedelbara omhändertaganden. Beskrivningar på sådana situationer har beredningen fått både från LVM-handläggare vid länsstyrelser och från företrädare för socialtjänsten. Situationen kan t ex ha varit följande.

En socialarbetare har uppmärksammat en missbrukare i en allvarlig risksituation och har vänt sig till polisen för att polismyndigheten skall besluta om ett omedelbart omhändertagande. Det har då inte sällan hänt att polismyndigheten gjort en annan bedömning än socialarbetaren och inte ansett sig kunna fatta ett sådant beslut. Detta inträffar oftare i vissa polisdistrikt än i andra; praxis varierar, som vi återkommer till nedan, starkt mellan de olika distrikten. På vissa håll fattar polisen bara i undantagsfall beslut om omhändertagande enligt LVM. Om socialnämnden i ett sådant läge vidhåller att missbrukaren bör omhändertas omedelbart, har den bara en utväg, nämligen att göra en anmälan till länsstyrelsen, som i sin tur kan ansöka om vård hos länsrätten. Länsrätten har därefter möjlighet att fatta beslut om omedelbart omhändertagande. I ett sådant fall hinner emellertid avsevärd tid förflyta innan ett omhändertagande kan komma till stånd.

Det har vidare påpekats att, när företrädare för socialtjänsten vänder sig till polisen för att få till stånd ett omhändertagande enligt LVM,

innebär det att polisen i praktiken överprövar socialtjänstens bedömning i en vårdfråga, nämligen frågan om det föreligger ett vårdbehov som är så akut att ett omhändertagande bör ske omedelbart. En sådan ordning kan framstå som principiellt betänklig eftersom det är socialnämnden och inte polisen som har det yttersta vårdansvaret.

Särskilda problem kan vidare uppstå om t ex en anhörig till en missbrukare söker hjälp för att missbrukaren är i omedelbart behov av vård. Med nuvarande regler måste socialnämnden hänvisa honom till polisen. Många socialarbetare anser att detta är mycket otillfredsställande, bl a därför att åtskilliga anhöriga i sådana situationer erfarenhetsmässigt drar sig för att vända sig till polisen.

De nuvarande reglerna leder också till vissa sekretessproblem. När socialtjänsten har uppmärksammat en missbrukare som anses vara i behov av omedelbart omhändertagande tvingas man, om polisen inte redan har alla uppgifter som behövs, förse polisen med nödvändigt beslutsunderlag för att ett omhändertagande skall kunna beslutas. Enligt 1 kap 5 § sekretesslagen gäller att en myndighet har rätt att lämna ut sekretessbelagda uppgifter, om det är nödvändigt för att kunna fullgöra den egna verksamheten. I förarbetena till sekretesslagen har uttalats att bestämmelsen i 1 kap 5 § skall tillämpas restriktivt (prop 1979/80:2 sid 465). Den är alltså inte avsedd att användas i syfte att möjliggöra för andra myndigheter att fullgöra sina åligganden. Det kan därför i det enskilda fallet vara svårt att avgöra i vilken utsträckning socialtjänsten får lämna ut uppgifter till polisen då det kan vara aktuellt med ett omedelbart omhändertagande.

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

11.3 Praxis är ojämn

Förutom att tillämpningen av 8 § LVM för landet som helhet har blivit mer omfattande än vad lagstiftaren hade väntat sig, har beredningen som nämnts erfarit att tillämpningen har varierat mycket mellan de enskilda polismyndigheterna. Som exempel kan nämnas att man i Göteborgs polisdistrikt under år 1985 gjorde endast ett omedelbart omhändertagande medan man vid polismyndigheten i Stockholm under samma år gjorde 131 ingripanden enligt 8 § LVM. En sådan skillnad kan knappast förklaras av skillnader i missbrukssituationen.

På vissa orter där polisen gör få ingripanden har man genom samarbete mellan socialförvaltningar och länsstyrelser utvecklat rutiner för att förhållandevis snabbt kunna anhängiggöra ett ärende hos länsrätten för att rätten skall kunna besluta om ett omhändertagande. På andra håll gör socialnämnden bara en anmälan till länsstyrelsen när polisen inte velat besluta om ett omhändertagande. På ytterligare andra håll görs påfallande många omedelbara omhändertaganden av polisen, varefter en relativt stor andel av dessa upphävs av länsrätten. Som påpekades inledningsvis visar dock en närmare granskning av de sistnämnda fallen att omhändertagandet i sig som regel inte har framstått som obefogat. Bakgrunden till att omhändertagandena upphävts har i allmänhet varit att missbrukaren — under hot om tvångsvård — gått med på frivillig vård.

11.4 Överväganden

11.4.1 Bör kriterierna förändras?

Som framgått ovan (kapitel 9) har beredningen funnit att kriterierna för beredande av vård enligt LVM bör förändras så att ingripanden kan göras även i något tidigare skeden och i något mindre akuta lägen än som hittills varit fallet. Vi har föreslagit att man skall ta större hänsyn till sociala faktorer när man bedömer behovet av vård. Sådana ändringar återverkar på bestämmelsen i 8 § eftersom en förutsättning för ett omedelbart omhändertagande är att missbrukaren sannolikt kan beredas vård med stöd av LVM. Det finns dock inte något skäl att ändra på rekvisiten för omedelbart omhändertagande. Dessa bör även fortsättningsvis vara att det är sannolikt att missbrukaren kan beredas vård enligt lagen och att rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att missbrukaren kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat om han inte får omedelbar vård eller att det föreligger en överhängande risk för att han kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Beredningen föreslår således att de särskilda kriterierna för omedelbara omhändertaganden skall vara oförändrade.

11.4.2 Bör någon annan än polisen fatta besluten?

Förutom polisen kommer också socialnämndernas företrädare i kontakt med missbrukare i sådana akuta situationer som kan motivera ett omedelbart omhändertagande. Med den nuvarande ordningen måste socialnämndernas fältarbetare i regel gå via polismyndigheten för att få en missbrukare omedelbart omhändertagen. Polismyndigheten kan sägas överpröva socialtjänstens bedömning av vårdbehovet. Det kan te sig märkligt med tanke på att det rör sig om en vårdlag. Saken ställs på sin spets genom att socialnämnden samtidigt i princip är förhindrad att lämna ut uppgifter om missbrukaren till polisen genom den sekretess som gäller inom socialtjänsten. Den andra utväg som socialnämnden har i dag, nämligen att göra en anmälan till länsstyrelsen som i sin tur via länsrätten kan få till stånd ett omedelbart omhändertagande, är inte hel-

ler bra. Detta alternativ innebär en alldeles för tidsödande omgång för den typ av situationer som det här är fråga om. Det innebär också en fara för rättssäkerheten om länsstyrelsen i detta syfte tvingas göra ansökan om vård utan att ha hunnit göra en tillfredsställande utredning.

Dessutom är det otillfredsställande att socialnämnden inte har möjlighet att hjälpa en anhörig till en missbrukare som är i en akut situation, utan måste hänvisa den anhörige till polisen. Många anhöriga sägs ha svårt att förstå att det enbart är polisen och inte socialtjänsten som har möjlighet att göra sådana omhändertaganden med tanke på att det är akuta vårdbehov det rör sig om. Härtill kommer, som påpekats ovan, att de anhöriga ofta är obenägna att vända sig till polisen.

Ett sätt att vidga möjligheterna för socialnämnden att få till stånd omedelbara omhändertaganden skulle vara att införa ett undantag i socialtjänstsekretessen gentemot polisen. Allvarliga invändningar kan emellertid riktas mot en sådan lösning. Det skulle bl a vara olämpligt att ålägga socialnämnden att lämna ut känsliga uppgifter om den enskilde till polisen för att få missbrukarvården att fungera i allvarliga situationer. Dessutom skulle socialnämnden fortfarande vara beroende av polismyndighetens bedömning. Själva den principiella invändningen mot socialnämndens brist på möjligheter skulle också stå kvar. Vi är därför inte beredda att föreslå något undantag i sekretessreglerna mellan socialtjänsten och polismyndigheten.

I stället bör socialnämnden ges befogenhet att själv besluta om omedelbara omhändertaganden.

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

Man skulle i och för sig kunna fråga sig om socialnämnden ensam borde ha beslutanderätten om omedelbara omhändertaganden. Socialberedningen har emellertid funnit det mest ändamålsenligt att polismyndigheten, vid sidan av socialnämnden, har kvar sin beslutanderätt beträffande omedelbara omhändertaganden av främst två anledningar. Dels fungerar socialtjänsten i stora delar av landet inte efter kontorstid, medan polisen har en sådan organisation att ingripanden kan göras när som helst även på mindre orter. Dels är polisen ensam inblandad i vissa dramatiska situationer där ett ingripande är brådskande som t ex vid lägenhetsbråk. Det skulle därför vara olämpligt att inte låta polisen fatta beslut om omedelbart omhändertagande eftersom polisen annars skulle vara nödsakad att fatta någon annan form av interimistiskt beslut om omhändertagande. Det skulle innebära en onödigt byråkratisk och tidsödande omgång att i sådana fall blanda in ytterligare en myndighet för att få till stånd ett beslut om omedelbart omhändertagande.

Polismyndigheten bör sålunda även i fortsättningen kunna fatta beslut om omedelbart omhändertagande. I specialmotiveringen utvecklas närmare vilka situationer som avses.

Som nämnts tidigare har det till beredningen förts fram ett alternativ

till att socialnämnden, vid sidan av polisen, ges rätt att besluta om omedelbara omhändertaganden, nämligen att länsstyrelsen i stället ges denna rätt. Enligt vår bedömning vore det emellertid en mindre rationell lösning, främst med tanke på att det rör sig om beslut som måste fattas under stark tidspress. Flertalet av de omedelbara omhändertaganden, som inte beslutas av polisen, skulle även med denna konstruktion komma att initieras av socialtjänsten. Det skulle medföra en tidsförlust att låta själva beslutet fattas av någon annan instans. Normalt sett skulle länsstyrelsen inte heller ha tid att göra någon egen utredning i ärendet, utan för sitt ställningstagande vara hänvisad till det utredningsmaterial som socialnämnden ställde till dess förfogande.

Vi föreslår alltså att socialnämnden jämte polisen ges befogenhet att besluta om omedelbara omhändertaganden.

11.4.3 Läkarnas roll

En annan yrkesgrupp — vid sidan av socialarbetare, poliser och länsstyrelsernas LVM-handläggare — som inte sällan kommer i kontakt med missbrukare i akuta situationer är läkarna. Företrädare för denna yrkesgrupp har till beredningen framfört uppfattningen att LVM brister i ett särskilt avseende. Med nuvarande reglering har nämligen en läkare, som erfar att en patient är i behov av omedelbart omhändertagande enligt LVM, bara möjligheten att enligt 30 § LVM anmäla behov av vård enligt lagen till länsstyrelsen. Sjukvårdssekretessen hindrar läkarna från att vända sig till polismyndigheten för att få till stånd ett omedelbart omhändertagande.

Som tidigare konstaterats vårdas missbrukare inom sjukvården i stor omfattning. Det gäller såväl den psykiatriska sjukvården som kroppssjukvården. Inte sällan är det då fråga om akuta situationer, t ex överdoser hos narkotikamissbrukare eller deliriösa tillstånd hos alkoholmissbrukare. Om missbrukaren sedan det akuta tillståndet har avklingat inte är intresserad av vård, utan genast vill lämna sjukhuset i kanske mycket dåligt tillstånd, är läkarna alltså i dag förhindrade att till polismyndigheten anmäla ett behov av omedelbart omhändertagande enligt LVM.

Enligt beredningens mening är det angeläget att också läkare kan initiera ett omhändertagande som kan ske omedelbart. Detta kan åstadkommas genom att reglerna om anmälningar kompletteras så att läkarna kan anmäla till socialnämnden att förhållanden föreligger som motiverar ett omedelbart omhändertagande — givetvis under förutsättning att det inte går att bereda patienten vård eller behandling inom sjukvården eller i annan ordning.

11.4.4 En mer enhetlig praxis

Vi har ovan nämnt att praxis varierar anmärkningsvärt från det ena polisdistriktet till det andra när det gäller benägenheten att fatta beslut om omedelbara omhändertaganden. Som vi också har konstaterat tycks det emellertid inte ha förekommit obefogade ingripanden i nämnvärd omfattning ens i de polisdistrikt där frekvensen varit påfallande hög. Från

polisens sida har det hävdats att de många omhändertagandena har berott på socialtjänstens bristande förmåga att nå missbrukarna.

Beredningen vill mot denna bakgrund förorda att man på orter där det förekommer påfallande många omhändertaganden inleder en dialog mellan socialtjänst och polismyndighet för att utröna orsakerna till obalansen och om möjligt komma till rätta med den. Det kan nämligen vara så att de många omhändertagandena är ett tecken på att den frivilliga missbrukarvården inte förmått nå fram till klienterna. Förutsättningarna för att minska antalet omhändertaganden borde härigenom förbättras.

På andra ställen, där det för närvarande görs påfallande få ingripanden av polisen och där socialtjänsten bedömer att det finns behov av fler omhändertaganden, kommer den föreslagna ordningen att göra det möjligt för socialnämnden att själv besluta om sådana omhändertaganden. Också detta bör kunna bidra till att praxis på sikt blir mer enhetlig.

I syfte att bl a uppnå en mer enhetlig praxis föreslår beredningen vidare att tillsynsmyndigheterna — socialstyrelsen och rikspolisstyrelsen — meddelar allmänna råd för tillämpningen av LVM i denna del.

11.4.5 Hur skall ett omhändertagande gå till?

När det gäller förfarandet vid polismyndighets beslut om omhändertagande behöver inte någon ändring ske i förhållande till vad som gäller i dag. Polisen gör, liksom nu, inledningsvis ett omhändertagande enligt 11 § polislagen varpå polismyndigheten fattar beslut om omedelbart omhändertagande enligt LVM. Detta beslut underställs genast länsrätten. Länsrätten har därefter att inom fyra dagar pröva om omhändertagandet skall bestå. Den enskilde är alltså regelmässigt omhändertagen när polismyndigheten fattar sitt beslut.

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

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

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

Vidare har fristen för ansökan om vård i LVM satts till en vecka, att jämföra med fyra veckor i LVU. Den kortare tiden i LVM ansågs enligt propositionen möjlig eftersom det i allmänhet redan fanns så mycket material i ärendet att det var tillräckligt att inhämta uppgifter från missbrukaren själv och eventuella myndigheter som kunde ha varit i kontakt med honom.

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

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

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

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

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

Man kan även för dessa fall tänka sig att länsrätten inom normalt fyra dagar från det att beslutet underställdes skulle pröva om omhändertagandet skall bestå. Rättssäkerhetsskäl talar för att ett beslut om administrativt frihetsberövande skall prövas så snart som möjligt. Om saken är uppenbar — vilket är tänkbart om missbrukaren haft kontakt med läkare strax före beslutet och socialnämnden har utförlig dokumentation beträffande hans förhållanden i övrigt — har rätten i och för sig underlag för att pröva nämndens beslut, trots att det inte är verkställt. Värre är det med delgivning av handlingar. Kan missbrukaren inte delges, måste rät-

ten häva beslutet efter en vecka. Om det i stället rör sig om ett för socialmyndigheterna mindre välkänt fall — där det kan finnas andra orsaker till den enskildes tillstånd såsom psykisk sjukdom — och där läkarutlåtande saknas, är det inte meningsfullt att göra en prövning innan omhändertagandet verkställts. Länsrätten skulle i sådana fall tvingas häva beslutet trots att den enskilde när han väl påträffades kunde vara i stort behov av omhändertagande. För att man i sådana fall inte skulle behöva börja en ny omgång med beslut av nämnden och underställning, bör fristen för länsrättens prövning bestämmas till fyra dagar från den dag då omhändertagandet verkställdes.

Den möjlighet att förlänga fristen till en vecka som nu finns bör gälla även i dessa fall.

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

En motsvarande ändring bör göras beträffande fristen för länsrättens prövning av en ansökan om vård, i de fall ett omedelbart omhändertagande har beslutats efter det att länsstyrelsen ansökt om vård och där beslutet inte kunnat verkställas.

11.5 Sammanfattning

Sammanfattningsvis föreslår socialberedningen att socialnämnden jämte polisen ges befogenhet att besluta om omedelbara omhändertaganden av missbrukare. Detta för att säkerställa att omhändertaganden kommer till stånd i alla fall där det är nödvändigt. Härigenom kommer man till rätta med en ojämn praxis och vissa sekretessproblem. Däremot föreslås ingen ändring av rekvisiten för omedelbart omhändertagande.

Slutligen föreslår beredningen att läkare ges möjlighet att anmäla ett behov av omedelbart omhändertagande direkt till socialnämnden.

12 Den formella regleringen av LVM-vården

12.1 Ansvaret för LVM-vårdens innehåll

12.1.1 Bakgrund

Sedan länsrätten beslutat om vård skall socialnämnden se till att rättens beslut verkställs (6 §). Detta innebär att socialnämnden skall ombesörja att missbrukaren tas in på ett sådant hem som drivs av landstingskommuner eller kommuner och som tagits upp i den plan som anges i 23 § SoL. Vården lämnas genom ett sådant hem (11 § LVM). Hemmet har en styrelse som förestår vården vid hemmet, i den mån uppgiften inte har överlåtits på en särskild föreståndare (11 § sista stycket). Styrelsen för hemmet beslutar i ärenden om förlängning av vårdtiden. Rätten att besluta om det får inte delegeras till föreståndaren (16 §).

I socialnämndens uppgift att se till att ett beslut om vård med stöd av LVM verkställs ingår att reservera plats på ett LVM-hem, arrangera resan och, om den enskilde inte vill medverka, begära handräckning av polisen för att inställa honom på hemmet. Innan resan påbörjas måste emellertid socialnämnden ta ställning till om den enskilde behöver sjukhusvård och i så fall föranstalta om sådan vård (12 §).

Vare sig vården skall inledas med sjukhusvård eller ej, ankommer det på socialnämnden att göra en ansökan till den som har att föranstalta om intagning på ett LVM-hem. Sedan den enskilde tagits in på hemmet, övergår ansvaret för att genomföra vården liksom för olika beslut rörande behandlingens innehåll på institutionen. All vård enligt LVM sker under ledning av ett sådant hem som anges i 11 §. Däremot behöver vården inte under hela vårdtiden äga rum i själva hemmet. För att klargöra detta har i 11 § första stycket angivits att vården lämnas *genom* hem som avses i 11 § (prop 1981/82:8 sid 116).

Den som förestår vården vid ett LVM-hem, dvs normalt föreståndaren, beslutar om intagning och utskrivning från hemmet (13 § första stycket). Föreståndaren beslutar också om förflyttning av den intagne till ett annat motsvarande hem. Det är också föreståndaren som beslutar om att bereda den intagne tillfälle att på försök pröva andra vårdformer. Med andra vårdformer avses exempelvis institutioner med enskild huvudman och vård i öppna behandlingsprogram. Om försöket misslyckas, kan föreståndaren begära att polismyndigheten hämtar missbrukaren åter (26 §).

Enligt 22 § SoL skall socialnämnden följa vården av den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna. Socialnämnden har enligt bestämmelsens andra stycke ansvar för att god vård bereds den som vårdas i ett annat hem än det egna. Mot denna nämndens skyldighet svarar bestämmelsen i 13 § tredje stycket LVM att den som förestår vården skall hålla socialnämnden fortlöpande informerad om utfallet av vården och samråda i alla frågor av vikt.

I 14 § andra stycket LVM ges uttryck för principen att socialnämnden måste följa den intagne under hela vårdtiden och tillsammans med honom planera och förbereda de insatser som skall följa på utskrivningen. Det föreskrivs vidare att socialnämnden skall utse en särskild befattningshavare hos nämnden att svara för kontakterna med den intagne. Enligt propositionen (prop 1981/82:8 sid 89) bör en sådan kontaktman utses så snart socialnämnden får kännedom om att det uppkommit fråga om att bereda någon vård med stöd av lagen. Nämnden bör således inte vänta till dess vården har inletts. Det är viktigt, fortsätter departementschefen, att den enskilde får nämndens hjälp med att undersöka om det trots allt finns alternativ i form av frivillig vård som skulle kunna tillgodose vårdbehovet helt eller delvis.

I propositionen (sid 91) framhålls vidare att även bestämmelsen i 15 § om vård på försök i andra former förutsätter ett väl fungerande samarbete mellan socialnämnden och institutionsledningen. Det sägs att det inte är meningen att institutionerna skall bygga upp ett eget nät med familjehem t ex. Det måste, enligt departementschefen, i första hand ankomma på socialnämnden att se till att vårdtagarna kan erbjudas ändamålsenliga vårdformer utanför institutionerna. Det åvilar också främst den intagne missbrukarens kontaktman i den öppna socialtjänsten att stödja och hjälpa honom när han vistas utanför institutionen med stöd av 15 §.

Socialnämnden bibehåller således enligt lagstiftningen sitt ansvar för den enskilde även efter det att han tagits emot i ett hem för vård eller boende. I socialtjänstpropositionen (prop 1979/80:1 del A sid 337) framhölls att institutionsvården bara är en av de resurser kommunens socialtjänst skall ha att tillgå. Departementschefen ansåg att kommunen borde behålla det övergripande vårdansvaret även när den enskilde ges vård i en institution.

Beträffande vårdens närmare innehåll och utformning gäller bestämmelserna i socialtjänstlagen, om det inte finns avvikande bestämmelser i LVM (14 § första stycket LVM). Hänvisningen till socialtjänstlagen innebär enligt förarbetena (prop 1981/82:8 sid 89) att principerna om helhetssyn, normalisering, kontinuitet, flexibilitet och närhet skall gälla. Vård enligt LVM får inte betraktas som en isolerad åtgärd utan skall ingå som ett led i en sammanhållen vårdkedja. Vården skall kunna utformas med hänsyn till de konkreta behoven i varje individuellt fall. Den skall ge utrymme för en fortsatt utveckling av olika behandlingsmöjligheter.

12.1.2 Överväganden

I tidigare avsnitt (kapitel 9) har socialberedningen diskuterat grunderna för LVM-vård och vårdtidens längd. Beredningen har i det samman-

hanget slagit fast att syftet med LVM-vården är att motivera missbrukaren för fortsatt behandling i andra former. Målet är att LVM-vården skall ge realistiska förutsättningar för missbrukaren att fullfölja ett långsiktigt behandlingsprogram. För att skapa sådana förutsättningar har socialberedningen föreslagit att vårdtiden förlängs till högst sex månader. Denna vårdtid skall kunna utnyttjas bl a för att pröva behandling i andra vårdformer som t ex enskilt eller kommunalt drivna behandlingshem, familjehem eller olika typer av behandlingsprogram i öppen vård. Enligt socialberedningens mening måste missbrukarens vårdbehov över en längre tidsrymd beaktas i större utsträckning än vad som sker för närvarande. Det är de långsiktiga, frivilliga vårdinsatserna som måste sättas i främsta rummet. Vården med stöd av LVM skall ses som ett led i en längre behandling och tjäna som utgångspunkt för motivationsarbete och planering av vård- och stödinsatser som i de flesta fall måste fortgå efter det att vården enligt LVM avslutats.

Det är mot bl a denna bakgrund som den formella regleringen av vårdens innehåll skall ses.

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

Vården enligt LVM äger alltid rum genom ett LVM-hem. Det ankommer på socialnämnden att ordna plats för missbrukaren på ett LVM-hem varefter föreståndaren för detta fattar ett formellt beslut om intagning. På socialnämnden ankommer det i detta inledande skede även att föranstalta om sjukhusvård, om sådan behövs. Den faktiska vården av missbrukaren behöver inte äga rum på det LVM-hem i vilket missbrukaren formellt har tagits in. Det är möjligt och ibland lämpligt att redan i vårdens inledningsskede föra missbrukaren till exempelvis ett enskilt drivet behandlingskollektiv. Ett beslut om sådan vård utom LVM-hemmet fattas enligt 15 § LVM av föreståndaren för hemmet. Det ligger i sakens natur att beslutet, i ett sådant fall när missbrukaren aldrig varit på hemmet, endast i formell mening fattas av föreståndaren. I praktiken är det socialnämnden som i samråd med missbrukaren och föreståndaren bestämt i saken.

Socialnämnden bestämmer således enligt nu gällande ordning var vården av missbrukaren skall inledas. Detta är ändamålsenligt eftersom det är socialnämnden som bäst känner missbrukaren. Det är också socialnämnden som har det övergripande vårdansvaret och som skall utnyttja olika institutioner som resurser i arbetet med att rehabilitera missbrukaren. Socialberedningen har i tidigare avsnitt föreslagit att socialnämnden på länsstyrelsens uppdrag skall utföra utredningen i ärenden om att bereda någon vård enligt LVM. Härigenom ökar förutsättningarna för att socialnämnden tidigt skall kunna etablera kontakt med missbrukaren i syfte att planera och genomföra insatser för honom. Av motiven till LVM (prop 1981/82:8 sid 89) framgår att socialnämnden måste ingripa aktivt redan under utredningstiden. Det är t ex under denna tid som en särskild befattningshavare hos nämnden skall utses som kontaktman. Utredningstiden är också betydelsefull när det gäller planeringen av den vård som skall följa på ett eventuellt LVM-beslut. Nu gällande lagstiftning (5 §

och 13—15 §§) förutsätter att en planering av vården sker. Det sägs emellertid inte direkt att en plan skall upprättas. En av de tyngsta invändningarna mot dagens missbrukarvård är bristen på planering. Kritiken gäller i första hand socialnämndens insatser. Enligt beredningens mening bör socialnämndens ansvar i detta hänseende förtydligas i lagtexten. En plan måste upprättas i samråd med den enskilde redan under socialnämndens utredning av hans sociala situation. En bestämmelse härom bör tas in i LVM.

Det bör vara en uppgift för kontaktmannen att upprätta planen. Planen bör innehålla bl a en redovisning av det stöd och den behandling som socialtjänsten planerar för den enskilde under vårdtiden och för tiden därefter. Planen måste grunda sig på en bedömning av vilket behov av stöd och behandling som föreligger. Av planen bör också framgå vilka resurser som krävs för att de mål som anges i planen skall kunna förverkligas.

Socialnämnden har som framgår av det ovan sagda ansvaret för planeringen av vården och för att rättens beslut om vård verkställs. När missbrukaren tagits in på ett LVM-hem övergår behandlingsansvaret på hemmet. Socialnämnden har dock fortfarande det övergripande vårdansvaret för den intagne och det åligger i första hand den av nämnden utsedde kontaktmannen att noga följa vården. Enligt beredningens uppfattning är det en lämplig ordning att behandlingsbesluten rörande den intagne fattas av den som har honom i sin omedelbara vård, dvs föreståndaren för LVM-hemmet. Det är denne som på nära håll kan följa missbrukarens utveckling och som bäst kan avgöra att han är mogen för vård i annan form eller att syftet med vården är uppnått.

Socialberedningen har i tidigare avsnitt framhållit vikten av att missbrukaren förs över från LVM-hemmet till någon annan vårdform så snart det är behandlingsmässigt möjligt. Grunden för denna uppfattning har redovisats närmare i kapitel 8 och utgör ett betydelsefullt skäl för beredningens förslag att vårdtiden skall förlängas till högst sex månader. Under vårdtiden på hemmet skall föreståndaren i samråd med den enskilde och socialnämnden arbeta för att missbrukaren skall få komma till något enskilt eller offentligt drivet behandlingshem eller delta i något strukturerat öppenvårdsprogram eller få stöd och omvårdnad i andra former. Det är angeläget att sexmånaderstiden inte utnyttjas fullt ut bara till vård på LVM-hemmet av slentrian eller brist på konstruktiva lösningar. Enligt beredningens mening är det en viktig uppgift för den politiskt valda styrelsen för hemmet att genom sin insyn leda utvecklingen rätt. Såväl behandlingsskäl som rättssäkerhetsskäl talar för en vidgad insyn och tillsyn av styrelsen. Beredningen föreslår därför att föreståndaren åläggs en redovisningsskyldighet gentemot styrelsen i de fall en missbrukare efter tre månader fortfarande vistas på ett LVM-hem utan att vård i annan form prövats. Föreståndaren skall anmäla fallet till styrelsen och ange orsaken till att överföring inte skett. Styrelsen skall inte överpröva föreståndarens åtgärder men kan genom insynen påverka föreståndaren och t ex initiera översyn av hemmets vårdrutiner. Styrelsen får genom denna insyn också en bild av socialnämndernas insatser för de intagna och kan i förekommande fall göra nämnderna uppmärksamma på brister.

Detta förslag är ett sätt att öka möjligheterna för de intagna att få pröva bl a öppenvårdinsatser under LVM-tiden. Den viktigaste förutsättningen för att missbrukaren skall kunna få pröva sådan vård är emellertid att öppenvårdinsatser och andra insatser utanför LVM-hemmen finns tillgängliga. Av förarbetena till LVM framgår (prop 1981/82:8 sid 91) att det i första hand ankommer på socialnämnden att se till att vårdtagarna kan erbjudas ändamålsenliga vårdformer utanför institutionerna. Det uttalas vidare att det främst åvilar den intagne missbrukarens kontaktman i den öppna socialtjänsten att stödja och hjälpa honom när han vistas utanför institutionen med stöd av 15 § LVM.

Socialberedningen kan således konstatera att socialnämnden redan har ett ansvar för att det anordnas vård utom LVM-hemmet för den intagne. Samtidigt kan beredningen konstatera att ett av de vanligaste klagomålen från klientorganisationer och LVM-hem gäller bristen på stöd- och hjälpinsatser från socialnämnden under och efter LVM-hemsvistelsen. Det är mot denna bakgrund nödvändigt att socialnämndens redan nu gällande ansvar i detta hänseende lyfts fram ur motiven och förs in direkt i LVM. Socialberedningen föreslår därför att lagen skall kompletteras med en bestämmelse varav framgår att det åligger socialnämnden att anordna insatser under vårdtiden för den enskilde.

Vad som nu föreslås är ingen ny funktion för socialnämnden. Genom tillägget avses att inskärpa betydelsen av att nämnden fullgör sin skyldighet. För varje intagen bör således socialnämnden anordna någon vård utanför LVM-hemmet under vårdtiden. Endast i mycket speciella fall kan det av behandlingsmässiga skäl vara uteslutet med vistelse utanför LVM-institutionen. Det stora flertalet LVM-klienter skall få möjlighet att pröva andra vårdformer som t ex långsiktiga behandlingsprogram på någon institution eller i öppenvård. Socialnämnden måste därför planera och anordna sådana insatser. Det blir en viktig uppgift för LVM-klientens kontaktman att i samråd med klienten och hemmet utforma ändamålsenliga vårdinsatser.

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

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

efter vistelsen på ett LVM-hem inte möts av några fortsatta stödinsatser trots att de eftervårdande insatserna ofta är avgörande för rehabiliteringen. En vård som enbart består av vistelse på ett LVM-hem utan uppföljning och stöd på hemorten har små möjligheter att lyckas. Socialnämnden måste därför alltid anordna en ändamålsenlig och för den enskilde särskilt anpassad eftervård. Det ankommer redan enligt nu gällande lagstiftning på socialnämnden att göra detta. Mot bakgrund av de brister härvidlag som har iakttagits och då det inte klart framgår av LVM bör lagen preciseras även i detta avseende. Enligt beredningens mening bör det föreskrivas i en ny bestämmelse att socialnämnden skall aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han får personligt stöd eller behandling för att komma ifrån sitt missbruk.

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

12.2 Inledande sjukhusvård

12.2.1 Inledning

Enligt 12 § LVM skall vården inledas på sjukhus, om det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården och förutsättningarna för sjukhusvård är uppfyllda. Det åligger socialnämnden att föranstalta om sådan vård. Om någon under vårdtiden på LVM-hemmet behöver sjukvård som inte kan ges genom hemmets försorg, skall vården fortsätta på sjukhus. Den som är omedelbart omhändertagen enligt 8 § LVM skall utan dröjsmål beredas vård i ett LVM-hem eller på sjukhus.

Inledande sjukhusvård kan således ges både när någon är omhändertagen enligt 8 § LVM och när det finns en dom om vård enligt 4 § LVM. En missbrukare kan dessutom behöva sjukhusvård även efter det att han tagits in på ett LVM-hem.

Utformningen av lagtexten innebär att man utgår från att LVM-vård som regel skall inledas på ett sjukhus. Bestämmelsen skall ses mot bak grund av förslaget i propositionen 1979/80:1 om socialtjänsten att tvångsåtgärder mot missbrukare bara skulle äga rum inom den psykiatriska sjukvårdens ram. I socialberedningens betänkande (SOU 1981:7) LVM föreslogs utan närmare motivering att LVM-vård alltid skulle inledas på sjukhus under förutsättning att sjukvårdslagens krav var uppfyllda. Endast länsrätten skulle kunna medge undantag från inledande sjukhus-

vård t ex i det fallet missbrukaren redan hade fått sådan vård (SOU 1981:7 sid 51).

I propositionen (1981/82:8) med förslag till lag om vård av missbrukare i vissa fall betonades (sid 85—86) att det torde vara ställt utom allt tvivel att behov av avgiftning oftast motiverar vård under betryggande medicinsk övervakning och att de bästa resurserna för detta finns på sjukhus. Om emellertid en vårdinstitution som svarar för LVM-vård är utrustad med sjukvårdsresurser som är tillräckliga för att möta vårdbehovet, måste man kunna avstå från att anlita sjukhusets. Det ankommer enligt propositionen på den som förestår vården vid hemmet att i samråd med institutionens läkare och sjukhuset i varje enskilt fall bedöma om vård på sjukhus skall inleda vårdperioden enligt LVM. I det sammanhanget framhålls att, om den intagne själv motsätter sig sjukhusvård den som regel inte bör genomföras. Det sägs vidare att, om det kan antas föreligga en uppenbar risk att missbrukaren avviker från sjukhuset eller på annat sätt använder sjukhustiden för att äventyra den vård som man har beslutat om, så får man överväga att avstå från den inledande sjukhusvården. Skulle däremot utebliven sjukhusvård allvarligt äventyra missbrukarens hälsa eller till och med hans liv, så säger det sig självt att varken institutionen eller sjukhuset har rätt att avstå från att ge honom sådan vård. Det erinras vidare om att sjukhuset inte har någon rätt att hålla kvar missbrukaren eller hämta honom tillbaka med stöd av LVM. Om man vill åstadkomma sådana befogenheter för sjukhuset, får det avgöras inom ramen för LSPV, under förutsättning naturligtvis att någon grund för intagning enligt 1 § LSPV föreligger.

Vid riksdagsbehandlingen framhöll socialutskottet i betänkandet SoU 1981/82:22 (sid 19) bl a att sjukvården måste ta sin del av ansvaret för missbrukargrupperna. Den som vårdas med stöd av LVM och är i behov av vård på sjukhus måste självfallet beredas sådan vård. Detta innebär, enligt utskottet, att det i de flesta fall torde vara nödvändigt att låta LVM-vården inledas på sjukhus, oavsett risken att missbrukaren avviker. Formuleringen av 12 § fick enligt utskottet inte tolkas som att man skulle kunna avstå från den sjukhusvård som missbrukaren kan behöva. Det framhölls i sammanhanget att rätten till sjukhusvård är att betrakta som ett erbjudande och inte som ett tvång. LVM rubbar således inte principen att sjukvården skall respektera den enskildes rätt att bestämma över sin kroppsliga integritet. Utskottet tog också upp (sid 31) frågan om biträde av polis. Det framhölls att möjligheten i 26 § LVM att anlita biträde av polis inte avser överföring till sjukhus. Polisens bistånd får inte användas för att med våld föra någon till sjukhus mot hans vilja eller återföra honom till sjukhuset, om han har avvikit därifrån. En sådan tvångsmöjlighet vore i princip meningslös när det gäller att bereda någon vård enligt sjukvårdslagen. Sådan vård kan nämligen inte genomföras mot den enskildes vilja. Däremot möter inte hinder att anlita polismyndigheten för att förflytta en intagen som i och för sig går med på sjukhusvård. Utskottet framhöll slutligen att rent allmänt borde biträde av polismyndigheten inte begäras annat än då en åtgärd inte gick att genomföra på något annat sätt, t ex genom socialnämndens eller vårdinstitutionens egen personal.

12.2.2 Allmänna förutsättningar för sjukhusvård

Enligt regeringsformen (RF) är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp (2 kap 6 § RF) och mot frihetsberövande (2 kap 8 § RF). Dessa fri- och rättigheter får begränsas bara i den omfattning som anges i regeringsformen genom lag eller genom annan författning efter bemyndigande i lag (2 kap 12 § RF). I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) stadgas bl a att vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten (2 a § HSL).

Vården enligt HSL är frivillig, dvs den får inte ges med tvång. Tvång föreligger när vården ges mot patientens vilja. Det är patienten som enligt HSL väljer om någon behandling alls skall ges. Även om patienten är berövad friheten enligt någon annan lag, t ex på grund av brott enligt brottsbalken eller missbruk enligt LVM, får inte någon behandling ges mot hans vilja.

Möjligheter att utföra en behandlingsåtgärd mot den enskildes vilja finns endast enligt LSPV och enligt smittskyddslagen (1968:231). Enligt LSPV får den som lider av psykisk sjukdom oberoende av eget samtycke beredas sluten psykiatrisk vård om sådan vård är oundgängligen påkallad och vissa närmare angivna förutsättningar föreligger. I smittskyddslagen stadgas att den som lider av allmänfarlig sjukdom eller för smitta av sådan sjukdom, är skyldig att låta intaga sig för vård och underkasta sig nödvändig vård.

I vissa undantagsfall får behandlingsåtgärder utan patientens samtycke företas även utan stöd av nu nämnda lagar. Det föreligger då nöd eller s k presumerat samtycke.

Brottsbalkens regler (24 kap 4 §) om frihet från ansvar på grund av nöd innebär att den som utfört det annars otillåtna behandlingsingreppet går fri från ansvar om han utfört gärningen för att t ex avvärja fara för liv eller hälsa och om gärningen med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt måste anses försvarlig. Det gäller alltså fall där faran för skada är överhängande och patientens medgivande inte kan inhämtas.

S k presumerat samtycke föreligger t ex när en patient vid ankomsten till sjukhuset är medvetslös. Presumtionen grundas på att patienten, om han hade kunnat uttrycka sig, skulle ha samtyckt till vården. Gränsen mellan presumerat samtycke och nöd är flytande. Vid t ex ett uppenbart självmordsförsök är det tveksamt om presumerat samtycke föreligger. Behandlingsåtgärderna företas snarast med stöd av reglerna om nöd.

Varken nödreglerna eller det presumerade samtycket kan tillämpas under någon längre tid. De är avsedda för akuta situationer och vissa krav måste ställas på situationens allvar.

Principen om frivillighet i sjukvården omfattar även den som av någon anledning har berövats sin frihet. En intagen på en kriminalvårdsanstalt, som tillfälligtvis vistas på ett sjukhus, är inte tvungen att låta sig behandlas och får inte kvarhållas på sjukhuset mot sin vilja. Om kriminalvårdsmyndigheterna vill hindra den intagne från att avvika från sjukhuset, får

myndigheten själv anordna bevakning på sjukhuset. Bevakaren kan då, när den intagne väljer att lämna sjukhuset, föra den intagne till kriminalvårdsanstalten.

Motsvarande gäller den som vårdas enligt LVM. Han kan inte föras mot sin vilja till ett sjukhus. Han kan inte mot sin vilja utsättas för behandling och han kan inte kvarhållas på sjukhuset, om han vill lämna det.

12.2.3 Socialberedningens förslag i Ds S 1983:16

I betänkandet (Ds S 1983:16) Erfarenheter av LVM och vissa andra socialtjänstfrågor behandlade socialberedningen frågor rörande inledande sjukhusvård. Beredningen tog upp till diskussion bl a det förhållandet att det inte finns någon möjlighet att hålla kvar en LVM-patient på sjukhus mot hans vilja, såvida inte LSPV är tillämplig. Beredningen konstaterade att inledande sjukhusvård hade förekommit i mindre utsträckning än som förväntades vid lagens tillkomst. Vissa rapporter tydde på att behövlig sjukhusvård inte kom till stånd på grund av att man befarade att missbrukaren skulle avvika. Mot bakgrund härav diskuterade beredningen möjligheterna att i LVM införa en kvarhållningsrätt i samband med inledande sjukvård.

Enligt det förslag (sid 85) som beredningen övervägde skulle en patient få kvarhållas på psykiatrisk klinik i högst en vecka från det att den inledande sjukhusvården påbörjades. Kvarhållningsrätten skulle skrivas in i 19 § LVM. Förutsättningar för kvarhållning skulle endast regleras av de förutsättningar som gäller för LVM-vård i allmänhet. Lagen skulle i övrigt behöva kompletteras med bestämmelser om biträde av polis för att inställa den enskilde vid den psykiatriska klinik där vården avsågs äga rum. Vidare skulle det i lagen införas en möjlighet att överklaga ett avslagsbeslut på begäran om utskrivning. Inga andra tvångsmedel än kvarhållning skulle få förekomma. Tvångsmedicinering och liknande skulle liksom hittills inte få förekomma.

Syftet med det diskuterade förslaget var i första hand att säkerställa att den enskilde i initialskedet inte själv avbröt den beslutade LVM-vården. Kvarhållningsrätten skulle vara en rätt till ett rådrum.

Beredningens överväganden om att införa en kvarhållningsrätt ansågs emellertid komma i konflikt med de principer om frivillighet, rättssäkerhet och trygghet som är grundläggande för svensk hälso- och sjukvård. En annan principiell invändning var att kvarhållningsrätten skulle strida mot de vägledande etiska regler för psykiatrisk verksamhet som finns sammanfattade i den s k Hawaiideklarationen. I deklarationen anges som en förutsättning för tvångsåtgärder inom psykiatrin bl a att patienten lider av en psykisk sjukdom samt till följd därav saknar förmåga att uttrycka sin vilja, inte kan avgöra sitt eget bästa eller utgör ett allvarligt hot mot andra.

Beredningen ansåg mot bakgrund av de principiella problem som förelåg att det inte var lämpligt att ta slutlig ställning i delbetänkandet. Beredningen förklarade att den skulle redovisa sitt slutliga ställningstagande i slutbetänkandet.

Vissa remissinstanser uttalade sig i frågan om kvarhållningsrätt. Tre remissinstanser, Svenska Läkaresällskapet, SACO/SR och länsstyrelsen i Norrbottens län, var emot att införa en sådan rätt. De argument som anfördes var medicinsk-etiska principer. Åtta remissinstanser, däribland klientorganisationerna KALV och RFHL, ansåg att en kvarhållningsrätt borde införas. Som skäl anfördes bl a klienternas rätt att få bästa möjliga vård i varje skede under tvångsomhändertagandet. Socialstyrelsen och de båda kommunförbunden efterlyste ett bättre faktaunderlag för att kunna bedöma behovet av en lagändring.

12.2.4 Överväganden

Enligt 12 § LVM skall vård enligt LVM inledas på sjukhus, om det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt och förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda.

Enligt förarbetena till LVM bör vård enligt lagen i allmänhet inledas med vård på sjukhus. Anledningen till detta är att en missbrukare som uppfyller förutsättningarna för LVM-vård oftast är i ett dåligt fysiskt och psykiskt skick. Han behöver, förutom avgiftning, ofta vård för medicinska komplikationer till följd av missbruket. Ett behov av avgiftning motiverar oftast vård under betryggande medicinsk övervakning, framhölls i motiven till bestämmelsen i 12 §.

De undersökningar socialberedningen gjort visar att LVM-vården inletts med sjukhusvård i betydligt mindre utsträckning än vad som förväntades vid lagens tillkomst. Av de klienter som fick LVM-vård år 1986 var det 40 procent som inledde vården med sjukhusvård. Undersökningarna visar vidare att förhållandena varierar mycket beroende på graden av samarbete mellan polis, socialtjänst och sjukvård. På de orter där samarbetet är väl utvecklat, t ex i Malmö och Umeå, förekommer inledande sjukhusvård i flertalet fall efter ett beslut om omedelbart omhändertagande. På andra håll, t ex i Storstockholm, är det endast vid livshotande tillstånd som missbrukaren får sjukhusvård under den tid han är omedelbart omhändertagen. I flertalet fall förvaras missbrukaren på anhållningsavdelningen på Allmänna häktet i Stockholm.

Beredningens undersökningar visar också att man på LVM-hemmen anser att en betydande del av de LVM-klienter som inte fått sjukhusvård borde ha fått sådan i LVM-vårdens inledningsskede.

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

En förklaring kan vara att behovet av sjukhusvård inte är så stort som man trodde. Detta motsägs dock av vad som nyss sagts om LVM-hemmens bedömning. Deras bedömning vinner också stöd av vad beredningen inhämtat från alkoholkliniker som erbjuder inledande sjukhusvård. Från dessa har upplysts att avgiftningen av LVM-patienter inte sällan är medicinskt komplicerad bl a beroende på höga promillehalter eller missbruk av teknisk sprit.

En annan förklaring till att bestämmelsen om inledande sjukhusvård inte tillämpats i väntad omfattning kan vara att man traditionellt inom

nykterhetsvården accepterat avgiftning utanför sjukhus. Beredningens undersökningar visar att för varje år som gått sedan socialtjänstreformen har antalet sjukhusvårdade missbrukare ökat totalt sett. Detta tyder på att den traditionella attityden håller på att förändras.

Det har ibland framförts att en tänkbar orsak till att så få fått inledande sjukhusvård är att missbrukarna inte är välkomna på sjukhusen. Något generellt stöd för denna uppfattning har inte påvisats. Det kan emellertid antas att de mest utagerande och våldsamma missbrukarna av säkerhetsskäl inte kan tas emot. De kliniker som erbjuder en utbyggd och väl fungerande inledande sjukhusvård har omvittnat att endast en mycket hög beredskap hos polisen gör att man kan ta emot missbrukare som kan antas bli våldsamma. Samverkan med polisen anses nödvändig för verksamheten. På de håll där samverkan saknas erbjuds inte inledande sjukhusvård i tillnärmelsevis den utsträckning som på orter där sådan fungerar. Detta tyder på att det finns visst fog för uppfattningen att den traditionella sjukvården inte gärna tar emot missbrukare som kan bli våldsamma.

En annan orsak till att inledande sjukhusvård förekommer så sällan på vissa orter är att man befarar att missbrukaren skall avvika från sjukhuset. Det är omvittnat från socialarbetare, liksom från företrädare för både LVM-hemmen och sjukvården, att det är på det viset. Även denna uppfattning stöds av beredningens samtal med de alkoholkliniker som har en utbyggd inledande sjukhusvård. På de klinikerna tillämpar man ett icke författningsenligt system med kvarhållning till dess polisen kommer. Detta system anses utgöra en förutsättning för att klinikerna skall kunna ta emot missbrukare utan någon större urskiljning. Beredningen kan som illustration till problemet hänvisa till aktuella uppgifter från Stockholm. På Sabbatsbergs sjukhus har nästan varje LVM-vårdad narkotikamissbrukare avvikit under sjukhusvården. Detta har lett till att man inte längre anser sig kunna bereda narkotikamissbrukare inledande sjukhusvård på sjukhuset.

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

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

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

Om man skall kunna ge missbrukarna sjukhusvård i den utsträckning som de faktiskt behöver, måste man minska risken för att missbrukaren avviker.

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

Socialberedningen anser att principen om frivillighet i hälso- och sjukvården är av sådan fundamental betydelse att avsteg därifrån måste grundas på mycket starka skäl. Önskemålet att förhindra att en missbrukare avviker från beslutad LVM-vård är inte tillräckligt för att frångå grundprincipen. Det kan i sammanhanget erinras om att riksdagen (prop 1984/85:46, JuU 12) nyligen har slagit fast att vården av narkotikamissbrukare inom hälso- och sjukvården precis som all annan hälso- och sjukvård skall bygga på frivillighet.

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

Socialberedningen föreslår därför att det införs en skyldighet för den som ansvarar för sjukvården att underrätta föreståndaren för LVM-hemmet eller socialnämnden om patienten vill lämna sjukhuset. Den som

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

Förslaget innebär inte något avsteg från principen om självbestämmande och frivillighet inom sjukvården. Det är således inte fråga om att hålla kvar patienten för behandling utan endast en åtgärd för att trygga att patienten inte avviker från LVM-vården. Patientens önskemål om att få avstå från behandling och vistelse på sjukhus skall alltid uppfyllas. Patienten är emellertid genom beslutet om LVM-vård redan berövad friheten. För honom måste det framstå som naturligt att han förs över till LVM-hemmet när han avstår från sjukhusbehandling. Det är därför också naturligt för honom att han hindras lämna sjukhuset medan han väntar på transport.

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

Beredningen har övervägt andra lösningar, däribland en som innebär att patienten vårdas på sjukhuset under bevakning av personal från LVM-hemmet eller från ett bevakningsföretag. Beredningen har emellertid funnit att denna lösning skulle vara mer ingripande för patienten, riskera att störa övrigt vårdarbete på avdelningen samt kräva ökade resurser. Den lösning som förordas ovan är tydligare för patienten och kan inte utnyttjas i något annat syfte än att säkra transporten av missbrukaren till LVM-hemmet. En bevakare på sjukhuset kan för missbrukaren uppfattas som att behandlingen sker under tvång.

Sammanfattningsvis föreslås således dels en skyldighet för överläkaren vid den enhet där patienten vårdas att genast anmäla till socialnämnden eller föreståndaren för LVM-hemmet om en LVM-klient lämnat eller önskar lämna sjukhuset, dels att den som vårdas på sjukhus får hindras att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att föra över honom till ett LVM-hem.

I detta sammanhang vill beredningen fästa uppmärksamheten på att en missbrukare enligt nu gällande regler, bortsett från en nödsituation, inte kan transporteras till ett sjukhus mot sin egen vilja. Enligt vad beredningen inhämtat förekommer det ofta att missbrukare motsätter sig att föras till ett sjukhus, inte för att de motsätter sig sjukhusvård utan därför att de är emot vård överhuvud taget. Samtidigt är det betydelsefullt att de får komma i kontakt med sjukhusets läkare för att få höra vilken frivillig, sjukvårdande behandling som sjukhuset har att erbjuda.

Enligt socialberedningens mening bör därför LVM kompletteras med en bestämmelse som utsträcker polisens biträde med att inställa missbrukare även till sjukhus. Härigenom kan missbrukaren få information av en utanför LVM-vården stående läkare om vilken behandling som erbjuds

honom. Om missbrukaren avböjer sjukhusvård, får han transporteras till ett LVM-hem.

12.3 Vårdinstitutioner med enskild huvudman

Enligt 40 § NvL kunde tvångsvård ges vid allmän vårdanstalt för alkoholmissbrukare. Med sådan anstalt förstods dels statlig anstalt, dels anstalt som anordnats av annan — alltså även enskild — men som blivit erkänd som allmän vårdanstalt.

I sitt betänkande med förslag till LVM (SOU 1981:7) föreslog socialberedningen att vård enligt lagen endast skulle få lämnas genom hem för vård eller boende som drivs av landstingskommuner eller kommuner.

I ett par motioner till riksdagen föreslogs att även hem som drivs av förening, stiftelse eller enskild skulle få ge vård enligt LVM. Förslaget motiverades bl a med att det i ett övergångsskede kunde uppstå platsbrist om inte enskilt drivna s k erkända allmänna vårdanstalter kunde tas i anspråk. Socialutskottet avstyrkte i sitt betänkande (SoU 1981/82:22 sid 24 f) dessa motioner.

Utskottet uttalade att det i och för sig var möjligt att överlåta åt t ex en privat stiftelse att svara för tvångsbefogenheter enligt LVM. Emellertid hade kraven på rättssäkerhet i vården och på respekt för de intagnas personliga integritet växt sig allt starkare sedan NvL antogs. Det tvång som i undantagsfall skulle få förekomma inom socialtjänsten enligt LVM måste därför omgärdas av olika rättssäkerhetsgarantier. En av dessa var det politiska ansvar som lades på styrelserna för LVM-hemmen. Dessutom skulle det inte vara principiellt försvarligt för det allmänna att avhända sig ansvaret för åtgärder som innebär ett så allvarligt intrång i enskilda människors personliga frihet.

Socialberedningen vill ansluta sig till den av riksdagen antagna principen att tvångsåtgärder inom vården endast bör tillåtas vid offentligt drivna institutioner. Ansvaret för en människa som berövats sin frihet måste vila på det allmänna. Även behandlingsskäl talar för att inte ge enskilda hem tvångsbefogenheter.

Visserligen tar i dag enskilt drivna hem i stor utsträckning emot missbrukare som vårdas enligt LVM. Det är emellertid då fråga om en placering på försök i annan vårdform enligt 15 § LVM. Det enskilda hemmet har därvid inga särskilda befogenheter. Tvärtom bygger behandlingsidén på hemmet ofta på att det är tillräckligt att missbrukaren vet att han kan återtas till ett hem med tvångsbefogenheter om han återfaller i missbruk eller inte följer behandlingsprogrammet.

När det gäller vård enligt LVU är det socialnämnden som beslutar var vården skall påbörjas, om överflyttning och när vården skall upphöra. Alla dessa beslut fattas enligt LVM av den som förestår vården på LVM-hemmet. Detta är en omständighet som gör att man inte utan vidare kan låta enskilt drivna hem bedriva LVM-vård.

I nykterhetsvårdslagen och därtill hörande författningar fanns en omfattande reglering av de s k erkända anstalterna vilka som nämnts kunde ha enskild huvudman. De stod under socialstyrelsens tillsyn. Socialsty-

relsen beslutade i vissa frågor beträffande deras klienter, bl a om överflyttning till annan anstalt och i vissa fall om utskrivning från anstalten. Socialstyrelsen fick inspektera de erkända anstalterna och hade del i anställningen av deras personal. Socialstyrelsen skulle godkänna bl a förslag till föreståndare innan en sådan fick anställas. Anstalten skulle bekosta en av socialstyrelsen utsedd revisor som skulle ha insyn i anstaltens ekonomi. Regeringen skulle utse ordföranden i anstaltens styrelse. Om missförhållanden uppdagades på anstalten kunde erkännandet återkallas.

Om det nu skulle införas en möjlighet för enskilt drivna hem att bereda vård enligt LVM och utöva tvångsbefogenheter, måste ett regelsystem liknande det som gällde enligt nykterhetsvårdslagen också införas, för att rättssäkerheten inte helt skall åsidosättas.

Vår bedömning är att ett sådant ingrepp i den enskilt drivna vården skulle motverka de fördelar som skulle kunna vinnas genom att använda dem som LVM-hem. Förutom de ovan nämnda principiella invändningarna mot att ge enskilda hem tvångsbefogenheter möter det således praktiska svårigheter att införa en sådan ordning.

Beredningen anser sålunda att LVM-vården även i fortsättningen skall lämnas genom hem som drivs av landstingskommuner eller kommuner, dvs att ansvaret för vården och eventuella tvångsåtgärder skall förbehållas offentligt drivna hem. Socialberedningen vill emellertid i detta sammanhang framhålla vikten av att enskilda hem även fortsättningsvis utnyttjas för försöksplaceringar utanför LVM-hemmen. Som framgår av kapitel 8 anser beredningen att vårdtiden i större utsträckning än för närvarande skall utnyttjas för att pröva behandling i andra vårdformer. De andra vårdformer som avses är bl a stiftelsedrivna och andra enskilt drivna behandlingshem. Enskilda institutioner bör härigenom i fortsättningen kunna spela en väsentligt viktigare roll i LVM-vården än för närvarande. Främst när det gäller narkotikamissbrukare kan det antas att vården normalt inleds med vistelse på ett LVM-hem för att därefter ganska snart fortsätta på ett enskilt behandlingshem. I de fall längre behandlingsinsatser är nödvändiga kan det enskilda hemmet efter LVM-tiden även stå för den frivilliga vården.

Socialberedningen vill särskilt framhålla betydelsen av att de enskilda hemmens skiftande metoder och pedagogik prövas inom ramen för vård i annan form. Det har inom vården av yngre missbrukare gjorts stora och goda insatser av enskilda hem med en okonventionell pedagogik. Det är angeläget att även vården av vuxna missbrukare berikas genom liknande institutioner.

12.4 Sammanfattning

Socialberedningen föreslår att nuvarande uppdelning av ansvaret för vården av missbrukaren skall ligga fast. Socialnämnden skall således ha det övergripande vårdansvaret och institutionen ha det närmare behandlingsansvaret. I enlighet härmed skall socialnämnden redan under utredningstiden utse en kontaktman för missbrukaren och göra upp en plan

för vården. Behandlingsbesluten rörande den enskilde skall fattas av den som har honom i sin omedelbara vård, dvs föreståndaren för LVM-hemmet.

Socialberedningen föreslår vidare att föreståndaren åläggs en redovisningsskyldighet gentemot LVM-hemmets styrelse i de fall en missbrukare efter tre månader fortfarande vistas på ett LVM-hem utan att vård på försök i annan form prövats. Genom styrelsens insyn ökar förutsättningarna för att den enskilde ges tillfälle till vård i annan form utanför LVM-hemmet.

Socialberedningen föreslår att socialnämndens skyldighet att under vårdtiden anordna insatser för den enskilde utanför hemmet, slås fast särskilt i lagtexten. Socialberedningen anser också att socialnämndens skyldighet att sörja för missbrukaren efter vårdtiden bör lyftas fram i lagtexten. Socialnämnden skall sålunda aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han får personligt stöd eller behandling för att komma ifrån sitt missbruk.

Socialberedningen anser att LVM-vården också fortsättningsvis ofta måste inledas med sjukhusvård. Beredningen konstaterar samtidigt att många missbrukare inte får inledande sjukhusvård av det skälet att missbrukaren befaras avvika från sjukhuset. Det föreslås därför att det införs en skyldighet för överläkaren vid en sjukvårdsenhet att underrätta föreståndaren för LVM-hemmet eller socialnämnden om en LVM-patient önskar lämna sjukhuset. Medan man väntar på transport skall missbrukaren få hindras att lämna sjukhuset.

Det föreslås slutligen att liksom nu endast offentliga institutioner skall få tillämpa tvångsåtgärder gentemot de intagna.

13 LVM-vårdens resurser och innehåll

13.1 Bakgrund

13.1.1 Utvecklingen av LVM-vårdens resurser

Vård enligt LVM skall enligt 11 § LVM lämnas genom hem som drivs av landstingskommuner eller kommuner och som enligt den plan som anges i 23 § SoL är särskilt avsedda att kunna lämna vård enligt LVM. För vårdtagare som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall finnas hem som är anpassade för sådan tillsyn enligt 18 § LVM.

I december 1986 fanns 33 LVM-hem med sammanlagt 1 303 platser. Av dessa var fem hem, med sammanlagt 184 platser, anpassade för särskilt noggrann tillsyn.

Till LVM-hemmen gjordes under år 1986 sammanlagt 1 241 intagningar enligt LVM.

Antalet platser för tvångsvård har i stort sett varit oförändrat under 1980-talet fram till och med år 1985. Därefter har en förhållandevis kraftig nedskärning av platsantalet ägt rum. Utvecklingen av antalet hem och antalet platser framgår av tabell 13:1.

Tabell 13:1 Antalet institutionsplatser för tvångsvård åren 1980—1987

	Antal hem	Antal platser[1]	
1980	25	1 556	Platser på allmänna vårdanstalter enligt NvL
1981	25	1 556	
1982	25	1 462	LVM-hem enl § 11 och § 18
1983	28	1 497[2]	
1984	29	1 531	
1985	28	1 495	
1986	33	1 303	
1987	33	1 112	

[1] Uppgifterna för åren 1980—1985 är hämtade från SCB och avser antalet platser vid respektive års utgång. Uppgifterna för åren 1986 och 1987 är hämtade från socialstyrelsen och protokollen över fördelningen av statsbidragen till missbrukarvård m. m. Antalet platser visar förhållandena när beslutade förändringar är genomförda.

[2] År 1983 genomfördes huvudmannaskapsreformen.

Under år 1982 tillämpades övergångsbestämmelser som innebar att vård enligt LVM fick bedrivas även vid de tidigare allmänna vårdanstalterna för alkoholmissbrukare enligt nykterhetsvårdslagen. Under detta år tillkom inga andra LVM-hem. Vid några institutioner skedde vissa reduceringar av antalet platser.

Under år 1983 genomfördes i samband med huvudmannaskapsreformen vissa förändringar. Några av de tidigare allmänna anstalterna avvecklades eller ändrade inriktning. Den tidigare statliga anstalten Venngarn såldes till Levi Pethrus stiftelse för filantropisk verksamhet. Vissa andra tidigare allmänna anstalter övergick också till enskild huvudman och drogs som resurs undan från LVM-vården. Samtidigt tillkom några LVM-hem.

Under åren 1982-1985 var det totala antalet platser vid LVM-hemmen i huvudsak oförändrat.

År 1986 trädde de nya reglerna för statsbidrag till missbrukarvård m m i kraft. De syftade bl a till en omprioritering av resurser från institutionell vård till öppenvård. De huvudmän som avser att genomföra minskningar av platsantalet kan enligt de nya reglerna erhålla ett omstruktureringsbidrag som kompensation för merkostnader i samband med avveckling av hela institutioner eller delar av dessa. För år 1986 har omkring 19 miljoner kronor utgått i omstruktureringsbidrag för avveckling av institutionsplatser inom missbrukarvården. Omkring 300 platser avvecklades under året, varav 252 platser inom LVM-vården. Det är framför allt de stora institutionerna som reducerat antalet platser. Ryds brunn har sålunda minskat från 63 till 40 platser, Holmahemmet från 69 till 40 och Romanäs från 100 till 70 platser. Åsbrohemmet med 150 platser avvecklas som LVM-hem vid halvårsskiftet 1987. Hemmet övergår då till Levi Pethrus stiftelse för filantropisk verksamhet som planerar att driva det med oförändrat platsantal. Omstruktureringsbidrag för avvecklingen av Åsbrohemmet har utgått i två etapper. För år 1986 har platsantalet enligt protokollen från statsbidragsförhandlingarna reducerats till 30.

Dessa institutioner har företrädesvis tagit emot tungt utslagna, ofta äldre, alkoholmissbrukare.

Även andra förändringar av resurserna för LVM-vård har genomförts under år 1986. Utöver de tidigare nämnda neddragningarna av antalet platser för LVM-vård har ytterligare minskningar skett genom att en institution, Nässjökollektivet, övergått till enskild huvudman och några LVM-hem minskat sitt platsantal. Samtidigt har under år 1986 inrättats sex nya LVM-hem med sammanlagt 83 platser. Totalt har antalet platser tillgängliga för LVM-vård minskat med 192 jämfört med år 1985.

I tabell 13:2 anges platsantalet vid samtliga LVM-hem i december 1986. Uppgifterna är hämtade från socialstyrelsen och korrigerade i enlighet med protokollen över förhandlingarna om fördelningen av statsbidraget. Av tabellen framgår även antalet LVM-vårdade i procent av utskrivningarna under första halvåret 1986 vid respektive hem enligt socialberedningens enkät till LVM-hemmen.

Tabell 13:2 LVM-hem december 1986

Namn	Antal platser	Andel (%) LVM-vårdade första halvåret 1986 enligt socialberedningens enkät
Hem enligt § 18		
Avgiftningsenheten, Malmö	5	—[1]
Frösö behandlingshem, Frösö	53	74
Gudhemsgården, Falköping	60	35
Runnagården, Örebro	46	31
Serafen, Stockholm	20	100
§18-hem totalt	184	45
Hem enligt § 11		
Arödshemmet, Göteborg	22	—[1]
Björstorp, Vittsjö	52	6
Edshemmet, Upplands Väsby	36	17
Ekebylund, Rosersberg	25	24
Hessleby, Mariannelund	67	15
Holmahemmet, Höör	40	21
Holmforshemmet, Boden	39	25
Hornö, Enköping	24	4
Hägerstad, Åtvidaberg	32	4
Hällnäs vårdhem, Hällnäs	20	21
Händelö gård, Norrköping	12	—[1]
Karlsvik, Höör	40	14
Målilla behandlingshem, Målilla	14	—[1]
Nolaskog, Domsjö	32	8
Pålyckehemmet, Rödeby	56	14
Romanäs, Tranås	70	22
Ryds Brunn, Ryd	40	13
Rällsögården, Kopparberg	25	11
Scheelegården, Horred	32	—[2]
Smeden, Huskvarna	10	—[1]
Solvikshemmet, Tranås	34	6
Stornäset, Alnö	37	—[2]
Vårnäs, Vingåker	44	17
Västerbyhemmet, Burgsvik	49	13
Västkusthemmet, Horred	80	16
Åsbrohemmet, Åsbro	30	17
Älvgården, Hedemora	66	25
Östfora, Järlåsa	91	41
§ 11-hem totalt	1 119	19
Totalt	1 303	23

[1] Hemmet nyöppnat; fanns ej vid tidpunkten för beredningens enkät.
[2] Enkätfrågan ej besvarad av hemmet.

Minskningen av antalet platser inom LVM-vården fortsätter även år 1987. Under året utgår omkring 10 miljoner kronor i omstruktureringsbidrag för reduceringar av platsantalet vid institutioner för vuxna missbrukare. Sammanlagt avvecklas 177 platser, varav 112 avser platser på LVM-hemmen.

Totalt sett innebär detta att antalet platser tillgängliga för tvångsvård under år 1987 kan beräknas uppgå till omkring 1 100 på 33 hem.

Jämfört med de tillgängliga resurserna för tvångsvård år 1982, då LVM trädde i kraft, har antalet platser på LVM-hemmen minskat med 350 eller med omkring en fjärdedel.

Samtidigt har antalet intagningar enligt LVM ökat, från 930 år 1982 till 1 241 år 1986. Ökningen under åren 1982-1986 uppgår till 33 procent.

Rent matematiskt kan tillgången på tvångsvårdsplatser förefalla mer än tillräcklig. Antalet i princip tillgängliga platser för LVM-vård säger emellertid bara en del om det faktiska utrymmet för LVM-klienterna. Hemmen tar också emot ett stort antal frivilliga klienter. I själva verket är LVM-klienterna en minoritet av de vårdade på LVM-hemmen.

Socialberedningens enkät till LVM-hemmen visar, som framgår av tabell 13:2, att endast 23 procent av utskrivningarna från LVM-hemmen under det första halvåret 1986 gällde LVM-klienter. De övriga, dvs 77 procent, vårdades frivilligt enligt socialtjänstlagen.

Andelen LVM-klienter varierar emellertid kraftigt mellan hem enligt 11 § LVM och 18 § LVM samt mellan hemmen inom de båda kategorierna. På § 11-hemmen är andelen LVM-klienter 19 procent medan den på § 18-hemmen uppgår till 45 procent. Ett hem, Serafen i Stockholm, tog vid tidpunkten för enkäten enbart emot LVM-klienter. Senare har även vid detta hem vissa frivilligt vårdade missbrukare placerats. På Frösö behandlingshem är 74 procent LVM-klienter, på Östfora 41 procent och på Gudhemsgården 35 procent. På fem av de 26 hem som lämnade uppgifter i enkäten är andelen LVM-klienter mindre än 10 procent.

Olika uppgifter tyder på att andelen LVM-klienter på LVM-hemmen har ökat under de senaste åren. Enligt intagningsstatistiken utgjorde LVM-fallen 35 procent av alla intagningar vid § 18-hemmen under år 1983. År 1985 hade denna andel stigit till 39 procent. Vid § 11-hemmen ökade andelen från 15 procent år 1983 till 18 procent år 1985. På vissa håll är ökningen ännu tydligare. Av Stockholms socialförvaltnings institutionsstatistik för åren 1983-1985 framgår sålunda att andelen LVM-klienter vid Stockholms egna behandlingshem fördubblades under perioden — från 8 till 16 procent av utskrivningarna — medan andelen steg från 9 till 14 procent på de s k länsgemensamma behandlingshemmen.

Behovet av platser för LVM-klienterna har ökat samtidigt som antalet tillgängliga platser har minskat. Ett resultat av detta förhållande förefaller vara att LVM-klienternas andel på hemmen tenderar att öka.

Svårigheterna att placera LVM-klienter har också ökat. Det framgår av den enkät till länsstyrelsernas LVM-handläggare angående resurser för LVM-vård som socialberedningen skickade ut i mars 1987. I drygt hälften av länen hade svårigheterna ökat enligt LVM-handläggarna. I övriga län var läget oförändrat. Svårigheterna bestod främst i att det ibland uppstod väntetider innan plats kunde ordnas och att möjligheterna att ordna plats på ett hem som bedömts som lämpligt för klienten minskat. Antalet vårdplatser på § 11-hem hade, trots de ökande svårigheterna, hittills varit tillräckliga i de flesta län. Enligt handläggarnas bedömning skulle resurserna vad gäller placeringar av alkoholmissbrukare på § 11-hem vara tillräckliga även under år 1987. Från flera län uttrycktes

dock farhågor inför framtiden om minskningen av antalet platser skulle komma att fortsätta.

13.1.2 Platser på § 18-hem

Ett växande problem inom LVM-vården är bristen på resurser för vårdtagare som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn enligt § 18 LVM. Detta gäller i första hand narkotikamissbrukarna men det finns också en grupp alkoholmissbrukare för vilka vård på § 18-hem bedöms vara erforderlig. Varje år utnyttjas § 18-hemmen i närmare 30 procent av antalet vårdtillfällen under hela eller en del av vårdtiden. År 1986 användes möjligheten till vård under särskilt noggrann tillsyn vid 344 vårdtillfällen.

Huvudmannaskapsreformen år 1983 medförde en mycket kraftig reducering av platsantalet vid hemmen för särskilt noggrann tillsyn. Utvecklingen av antalet platser visas i tabell 13:3.

Tabell 13:3 Antalet platser med möjlighet till särskild tillsyn åren 1980—1987

	Antal hem	Antal platser	
1980	4	307	Statliga vårdanstalter enligt NvL
1981	4	307	
1982	4	307	LVM-hem enligt § 18
1983	3	159[1]	
1984	3	159	
1985	3	159	
1986	5	184	
1987	5	184	

[1] Enligt socialstyrelsen. Gudhem utnyttjade i praktiken maximalt 60 platser men hade officiellt 96 platser till och med år 1986.

De § 18-hem som tillkommit under 1986 är två LVM-hem som är särskilt inriktade på vården av narkotikamissbrukare. Serafen i Stockholm med 20 platser och den s k Avgiftningsenheten i Malmö med fem platser.

De tre stora § 18-hemmen, Gudhemsgården, Frösö behandlingshem och Runnagården utnyttjas av praktiskt taget samtliga län. Fjorton län har avtal om platser med dessa hem. I praktiken innebär detta att många klienter i behov av särskilt noggrann tillsyn får sin vård långt från hemorten. Frösö behandlingshem tar i vissa fall emot klienter från både Malmö och Göteborg.

Nackdelarna med en geografiskt starkt centraliserad § 18-vård uppmärksammades redan i propositionen om LVM. Föredragande statsrådet uttalade där att hon utgick från att "varje län måste ha tillgång till minst en sådan institution".

Socialstyrelsen har i en skrivelse till regeringen i maj 1985, som överlämnats till beredningen, påtalat behovet av ytterligare vårdplatser på hem enligt 18 § LVM. Styrelsen konstaterar bl a att det på grund av platsbrist förekommer att missbrukare som omhändertagits enligt 8 § LVM inte får någon vård eftersom socialnämnden inte kan ordna plats på § 18-hem. Man framhåller vidare:

"Det har ovan omtalats att socialnämnderna på grund av brist på § 18-hemsplatser tvingas göra placeringar på hem enligt 11 § LVM. Detta medför stora påfrestningar på personal och medpatienter och bäddar oftast för omplacering till ett § 18-hem. Detta är olyckligt såväl för den klient som blir föremål för överflyttning som för de andra klienter som får sin vårdperiod mer eller mindre oroad av uppträden och våldstendenser."

Till bilden hör dessutom att omplaceringar från § 11- till § 18-hem inte alltid kan komma till stånd på grund av bristen på § 18-platser. Det händer att patienter helt enkelt skrivs ut från LVM-hemmet, utan att få någon vård alls, till följd av bristen på § 18-platser. Ett sådant fall som anmälts till beredningen kan belysa situationen.

En manlig klient som vårdas på ett § 11-hem blir våldsam och slår sönder inventarier och uppträder hotfullt mot personal och medpatienter. Han avviker men återförs av polis. Från hemmets sida gör man upprepade försök att ordna plats på något § 18-hem utan att lyckas. På de aktuella § 18-institutionerna har man full beläggning och dessutom väntetider. I denna situation anser sig hemmets föreståndare tvingad att skriva ut klienten bl a av hänsyn till de övriga klienternas säkerhet.

Från hemmet har man till beredningen uppgivit att man vid samma tidpunkt hade ytterligare tre klienter som var i behov av vård på § 18-hem men att man under tre månaders tid inte lyckades genomföra någon överflyttning till sådant hem.

I den länsvisa vårdresursplaneringen har en rad län påtalat behov av ytterligare § 18-platser. I de flesta länen replierar man på befintliga resurser och sätter sin lit till planerade utbyggnader i andra län. I vårdresursplanerna uttrycker exempelvis flera län förhoppningen att Örebro län skall förverkliga planerna på en utbyggnad av § 18-vården. I början av år 1987 meddelade emellertid Örebro läns landsting att dessa planer hade skrinlagts.

Summeras de behov av § 18-platser som de enskilda kommunerna anger i vårdresursplanerna, överstiger de klart de tillgängliga resurserna.

Socialberedningens enkät till länsstyrelserna visar också att LVM-handläggarna på många håll uppfattar situationen som problematisk. I mer än hälften av länen uppger man svårigheter att genomföra placeringar på § 18-hem och att antalet vårdplatser är för litet. I 14 län gör man bedömningen att antalet platser på § 18-hem är otillräckligt och inte motsvarar behovet under år 1987.

I en annan enkät till de tjänstemän som ansvarar för vårdresursplaneringen i länen som socialberedningen genomfört har också från åtskilliga håll redovisats ett behov av fler § 18-platser. Inte i någon av de under våren 1987 tillgängliga planerna redovisas dock konkreta förslag till utbyggnad av LVM-vården.

På några håll finns emellertid, enligt vad beredningen erfarit planer på att bygga ut antalet platser på § 18-hem. Stockholms kommun har för avsikt att under det närmaste året starta två nya LVM-hem med vardera tio platser. I Malmö planeras en omstrukturering av LVM-vården i länet som bl a skulle innebära att både Holmahemmet och Karlsvik skulle få § 18-avdelningar.

13.1.3 Resurser för narkotikamissbrukare

Resurserna för narkotikamissbrukare inom LVM-vården är i dag klart underdimensionerade. Erfarenheterna har entydigt visat att det är förenat med betydande problem att vårda narkotikamissbrukare på de traditionella nykterhetsvårdsanstalterna. Ett av de hem som fått ta emot ett stort antal narkotikamissbrukare är § 11-hemmet Östfora i Uppland. Svårigheterna där är väl dokumenterade. Bland annat har narkotikamissbrukarna avvikit från vården i mycket hög omfattning. Det gäller inte minst de kvinnliga narkotikamissbrukare som vårdats där. I en inom Stockholms länsstyrelse upprättad promemoria konstateras bl a att 51 av de sammanlagt 67 narkotikamissbrukare som under perioden januari—oktober 1986 vårdades enligt LVM vid Östfora avvek från hemmet. Antalet avvikningar uppgick till mellan 1 och 14 per person. Sammanlagt rörde det sig om 159 avvikningstillfällen och 995 avvikningsdagar under perioden.

Under år 1986 har tillskapats vissa LVM-vårdsresurser för narkotikamissbrukare. Dels har de tidigare nämnda § 18-hemmen, Serafen i Stockholm och Avgiftningsenheten i Malmö, tillkommit, dels har Frösö behandlingshem inrättat en särskild avdelning för vård av narkotikamissbrukare med nio platser. Formellt innebär detta att sammanlagt 34 platser har tillskapats för narkotikamissbrukare. I realiteten är dock resursen mindre. Serafen har under året haft stora problem — behandlingshemmet har tidvis varit stängt — och man har beslutat att i praktiken endast använda 8 av de 20 platserna. Den tillgängliga särskilda resursen för vård av narkotikamissbrukare uppgår därför i realiteten till endast 22 platser.

Samtidigt har antalet LVM-vårdade narkotikamissbrukare ökat kraftigt. Enligt intagningsstatistiken, som sannolikt underskattar antalet narkotikamissbrukare, ökade intagningarna enligt LVM av narkotikamissbrukare från 24 år 1984 till 71 år 1986. Ser man i stället på den sammanslagna kategorin narkotikamissbrukare och missbrukare av såväl narkotika som alkohol var motsvarande siffror 86 år 1984 och 171 år 1986.

Problemen är särskilt stora i Stockholm. Närmare 90 procent av de LVM-vårdade narkotikamissbrukarna kommer från Stockholms län. I februari 1987 uppgav länsstyrelsen i Stockholm till socialberedningen att svårigheterna att placera narkotikamissbrukare med beslut om LVM-vård var mycket stora. Frösö behandlingshem hade i februari en väntelista till narkomanvårdsavdelningen som upptog omkring 20 klienter. På Frösö behandlingshem uppger man att väntelistan i allmänhet upptar mellan 10 och 15 narkotikamissbrukare med beslut om LVM-vård. I de allra flesta fallen tvingas man lösa det akuta behovet av plats genom placering på ett § 11-hem i avvaktan på överflyttning till Frösö.

Somliga kan överhuvud taget inte placeras på något LVM-hem. Länsstyrelsen i Stockholm redovisar att det i februari 1987 fanns 7 narkotikamissbrukare, de flesta kvinnor, med domar om LVM-vård som inte erhållit vård på LVM-hem. Orsaken var i de flesta fallen att klienterna avvikit i samband med avgiftning på sjukhus och att det inte var möjligt att åstadkomma plats för avgiftning på LVM-hemmen. Vid samma tidpunkt hade länsstyrelsen 25 ärenden under utredning som man bedömde skulle leda till beslut om LVM-vård.

Även flera andra länsstyrelser påtalar bristen på LVM-platser för narkotikamissbrukare. I socialberedningens enkät till LVM-handläggarna är bland andra socialkonsulenterna i både Göteborg och Malmö kritiska till den nuvarande situationen. Göteborg har inga egna platser tillgängliga för vård av narkotikamissbrukare och man har inte heller genom vårdavtal försäkrat sig om sådana platser. Man bedömer att resurserna för § 18-placeringar av narkotikamissbrukare inte kommer att räcka. Missbrukare av narkotika hör till de grupper av LVM-klienter som anses särskilt svårplacerade och man menar också att resursbristerna påverkar socialnämnderna att göra färre anmälningar om behov av LVM-vård än vad som är motiverat. Länsstyrelsen i Malmö uppger att tillkomsten av avgiftningsenheten har förbättrat situationen. Dessa platser räcker dock enbart till för Malmö kommun. För länet i övrigt saknas resurser.

13.2 LVM-vårdens innehåll

13.2.1 Inledning

Som vi konstaterade i kapitel 8 behöver tvångsvård inte nödvändigtvis vara en "dålig vård". Men där underströks samtidigt att tvångsvård av vuxna missbrukare är en utomordentligt svår behandlaruppgift, särskilt om ambitionerna sträcker sig längre än till att avvärja en akut kris. Ju högre rehabiliteringsmålen sätts, desto svårare är uppgiften.

Antalet narkotikamissbrukare som erhåller LVM-vård har, som framgått av föregående avsnitt, ökat kraftigt under de senaste två åren. Det har inneburit att tvångsvården har ställts inför nya, svårbemästrade problem. Narkotikamissbrukarna är oftast betydligt yngre än den genomsnittlige LVM-klienten. Det är, både av detta skäl och med hänsyn till de risker ett fortsatt intravenöst missbruk för med sig, rimligt att arbeta med förhållandevis höga, faktiska rehabiliteringsmål när det gäller denna missbrukargrupp. Samtidigt är deras motstånd mot behandlingsinsatserna ofta massivt. Situationen kompliceras ytterligare av den snabba spridningen av HIV-smitta inom gruppen.

Utvecklingen har medfört krav på en ny typ av kvalificerad tvångsvård, vars mål måste vara att bryta missbrukarnas ofta intensiva initiala motstånd mot förändringar och medverka till en motivation hos missbrukaren att gå in i ett behandlingsarbete, som syftar till långtgående förändringar, på sikt en varaktig missbruksfrihet.

Frånsett de särskilda LVM-hem för narkotikamissbrukare som under det senaste året har tillskapats i Stockholm och Malmö, har vi ännu ingen erfarenhet av en på detta sätt upplagd tvångsvård. Det är därför inte heller möjligt för beredningen att nu precisera några riktlinjer för vårdinnehåll och behandlingsmetodik för denna del av LVM-vården. Så mycket står dock klart att det, som redan betonats, rör sig om en exceptionellt svår vårduppgift, som ställer stora krav bl a på personaltäthet, erfarenhet och kompetens hos personalen, och ett väl utbyggt stöd åt den, bl a i form av kontinuerlig handledning. Även i övrigt kan vissa preliminära slutsatser dras och vi redovisar dem i avsnitt 13.2.3 nedan.

Mycket talar för att den växande gruppen av yngre tunga alkoholmissbrukare har en problembild som i viktiga avseenden påminner om narkotikamissbrukarnas. Även för den gruppen utgör bristen på aktivt rehabiliterande behandlingsresurser inom LVM-vården ett besvärande problem. På längre sikt bör behandlingshem som vänder sig till både narkotikamissbrukare och yngre alkoholmissbrukare komma till stånd. Av flera skäl — som utvecklas nedan — måste emellertid i dagsläget en utbyggnad av särskilda resurser för narkotikamissbrukarna ges prioritet.

Den i och för sig naturliga uppmärksamheten på de nya svårigheter som narkotikamissbrukarna ställer tvångsvården inför, får inte leda till att den del av LVM-vården, som fortfarande är den kvantitativt helt dominerande, nämligen vården av de oftast äldre alkoholmissbrukarna, kommer i skymundan. Även den delen av tvångsvården är i behov av utveckling och förändring i flera avseenden, som vi belyser i avsnitt 13.2.2. Det gäller såväl själva institutionsvården som den efterföljande uppföljningen i öppenvården, där bristerna i dag är betydande.

Det finns avgörande skillnader i livssituation, vårdbehov och rehabiliteringsmöjligheter mellan gruppen av yngre, vuxna missbrukare — till vilka narkotikamissbrukarna som regel hör — och den äldre missbrukargruppen. Det är därför inte möjligt att diskutera LVM-vårdens innehåll som om det handlade om behandlingsmässigt enhetliga problem. Vi har valt att i våra överväganden skilja mellan LVM-vård med lägre faktiska rehabiliteringsmål och LVM-vård med högre sådana mål.

Denna distinktion har förefallit ofrånkomlig, men den inrymmer samtidigt vissa risker. Den får sålunda för det första inte tolkas som ett uttryck för uppgivenhet i förhållande till någon av missbrukargrupperna. Även om det är nödvändigt att de faktiska rehabiliteringsmålen sätts lägre för vissa än för andra, måste syftet med LVM-vården alltid vara att åstadkomma positiva förändringar hos missbrukarna, utöver den tillfälliga förbättring som själva perioden på LVM-hemmet kan innebära. LVM-vården syftar generellt till fortsatt stöd och behandling i frivilliga former.

Det bör för det andra understrykas att även om de realistiska målen måste sättas lägre för de äldre missbrukarna, som grupp betraktad, finns det åtskilliga individuella undantag. Graden av behandlingsbarhet och motivation för en mer krävande behandling bör dessutom ses som i princip påverkbar. De konkreta behandlingsmålen för en enskild klient bör därför aldrig betraktas som någonting en gång för alla fastställt.

En central punkt i beredningens överväganden om LVM-vårdens uppläggning är, som framgått av tidigare kapitel, att LVM-vården som regel inte bör inskränkas till själva institutionsvistelsen. Inom ramen för den maximala vårdtiden bör perioden på LVM-hemmet oftast kunna efterföljas av försöksvis anordnad fortsatt vård i andra former. Denna utslussning kan ske såväl till institutionsvård eller familjevård som till vårdinsatser inom den öppna socialtjänsten. För de äldre missbrukarna torde det senare alternativet oftast bli aktuellt, medan många av de yngre bör kunna överföras från LVM-hemmet till olika typer av kollektiv och andra behandlingshem.

Det är av stor betydelse att vårdinsatserna för de LVM-intagna organiseras så att denna uppföljning, inom LVM-vårdens ram, verkligen kan komma till stånd. Frågan diskuteras närmare i de följande avsnitten.

13.2.2 LVM-vård med lägre faktiska rehabiliteringsmål

Den stora majoriteten av LVM-klienterna är alkoholmissbrukare. Den övervägande delen av LVM-hemmen var tidigare allmänna vårdanstalter enligt nykterhetsvårdslagen och har lång erfarenhet av tvångsvård.

Att vården meddelas under tvång innebär inte att vårdinnehållet behöver präglas av tvång och restriktioner. För många av alkoholmissbrukarna är det avgörande tvångsinslaget själva beslutet om LVM-vård. När detta väl är fattat kan vården i allmänhet genomföras under i stort sett samma förutsättningar som gäller för de frivilligt intagna. Majoriteten av de tvångsvårdade vistas också på hem enligt § 11 LVM och vistelsen är ofta utan större problem när det gäller klientens deltagande i behandlingsprogrammet eller antalet avvikningar från hemmet. I praktiken följer också LVM-hemmen samma behandlingsprogram vare sig det gäller frivilligt intagna eller tvångsintagna klienter. Detta innebär dock inte att vårdarbetet är utan problem. Klienterna är tunga missbrukare och ofta dåligt motiverade för vård. Men det gäller inte endast de tvångsvårdade utan i stor utsträckning också dem som frivilligt sökt sig till institutionen.

Även om likheterna är stora finns det emellertid också skillnader mellan LVM-klienterna och de frivilligt vårdade. För vissa av tvångsklienterna kan den initiala kontakten vara svårare att etablera. Deras motstånd mot att vårdas är i vissa fall större och de har ibland inställningen att det handlar om att "sitta av tiden".

De traditionella nykterhetsvårdsanstalterna har i stor utsträckning arbetat med förhållandevis låga rehabiliteringsmål. Det i praktiken viktigaste målet har varit att göra det möjligt för klienterna att återhämta sig fysiskt och psykiskt. Klienterna har gått in på "torken". Anstalterna har tagit emot missbrukare som efter långvariga missbruksperioder är svårt nedgångna och slutkörda både fysiskt och psykiskt. Omhändertagandet på vårdinstitutionen har inneburit en paus i drickandet och en möjlighet att ta itu med och reda ut en ofta mycket tilltrasslad social situation med dålig ekonomi, problem i boendet och arbetslöshet.

Den traditionella anstaltsvården har under lång tid utsatts för stark kritik. Kritiken har framför allt riktat in sig på avsaknaden av mer långtgående behandlingsmål. Man har menat att vården ofta är passiviserande och att vården befäster missbruket genom att göra det möjligt för klienten att orka fortsätta dricka snarare än att angripa klientens alkoholproblem genom att bearbeta orsakerna till dem.

Kritiken har också gällt vårdens former. Av tradition har många nykterhetsvårdsanstalter varit stora anläggningar med många vårdplatser samtidigt som personalresurserna i allmänhet varit små. De yttre förutsättningarna har gjort att vårdens möjligheter att påverka klienterna begränsats. De har förstärkt anstaltskaraktären och bidragit till behovet av detaljerade ordningsregler.

De intagna hade tidigare mycket litet inflytande på vårdens utformning. Ett utvecklat belönings- och bestraffningssystem och en omfattande arbetsdrift bidrog till att ge anstalterna karaktären av förläggningar snarare än av behandlingshem. För klienterna handlade det ofta om en "institutionslunk" — en stillastående, händelsefattig vardag i stor avsaknad av stimulans och påverkan.

I dag har detta i stor utsträckning förändrats. Arbetsmetoderna på institutionerna har utvecklats kraftigt under de senaste decennierna. De allra flesta hemmen har t ex ersatt arbetsdriften med mer behandlande inslag. Man har ofta ambitiösa veckoscheman med aktiviteter som är obligatoriska för klienterna där gruppsamtal, stormöten, studier och fysisk träning men också mer renodlat terapeutiska inslag har stor plats. Hemmens mål är oftare mer rehabiliteringsinriktade och ambitionen är att klienten skall bli fri från sina missbruksproblem. Psykologiskt inriktade behandlingsmetoder — framför allt olika former av miljöterapi och transaktionsanalys — blir allt vanligare även på LVM-hemmen.

För många av LVM-klienterna är det emellertid inte realistiskt att arbeta med högt ställda rehabiliteringsmål. Målen handlar snarare om att stabilisera klientens situation och att skapa förutsättningar för en långvarig kontakt som till största delen måste äga rum inom den öppna vården i klientens hemmiljö.

För majoriteten av LVM-klienterna gäller att missbruket har pågått under mycket lång tid, oftast under decennier. Tvångsvården kommer in i slutet av en negativ utveckling som inneburit att missbrukaren gradvis förlorat alla vanliga sociala sammanhang. För de allra flesta är avståndet till arbetsmarknaden mycket stort, om de inte är definitivt borta genom förtidspensionering. Det är få som har kvar sociala kontakter utanför missbrukargrupperna. För många präglas vardagen av tillfälligheter — tillfälliga kontakter, tillfälliga miljöer — och man har svårt att överblicka och planera sitt liv.

De flesta har haft en omfattande kontakt med olika vårdinstanser. Många har tidigare vårdats upprepade gånger på institutioner för alkoholmissbrukare och många har decennielånga kontakter med socialtjänsten bakom sig. Sjukvårdskonsumtionen är också hög. Det gäller såväl avgiftningar och annan vård för direkta komplikationer till missbruket som övrig sjukvård till följd av det utsatta liv som missbrukarna lever.

Det är alltså människor med massiva problem som tvångsvården möter. Att kräva av vårdpersonalen att den inom ramen för en enstaka behandlingsinsats skall kunna åstadkomma en långtgående rehabilitering i dessa fall, är att ställa uppenbara överkrav.

Behandlingsforskningen (se avsnitt 5.9) visar också att resultaten av en enstaka behandsinsats är kortlivade.

Även om en fullständig rehabilitering ofta är omöjlig att uppnå är emellertid mål som en minskad alkoholkonsumtion, längre nyktra perioder, en förbättrad social situation helt realistiska i många fall. Faktiska behandlingsmål av detta slag kanske kan sägas vara uttryck för en låg ambition, men i den mån de uppnås, kan de ändå innebära avsevärda förbättringar av de tunga missbrukarnas situation.

Behandlingen kan medföra en tids nykterhet som i sin tur kan ge förutsättningar för att etablera en mer långsiktig kontakt och bygga upp ett stöd som kan fungera i klientens vardagsliv. Men det är utformningen av detta långsiktiga stöd som är avgörande för möjligheterna till framgång. Institutionsbehandlingen har den viktiga men begränsade uppgiften att skapa förutsättningar för det fortsatta arbetet.

Vården på LVM-hemmen

Vårdtiden på LVM-hemmet har ofta en bokstavligen livsavgörande betydelse. Utan en tids nykterhet i en avskild miljö är risken stor att de ofta mycket nedgångna klienter som blir föremål för LVM-vård går under. Härtill kommer att omhändertagandet på institutionen ofta är den förutsättning som kan skapa ett förändringsutrymme. Om tiden utnyttjas väl finns inte sällan möjlighet att påverka klienten att se på sitt liv med nya ögon och ta itu med de gamla problemen på ett nytt sätt.

I allmänhet kan vårdtiden på LVM-hemmet göras kort. Det finns mera sällan behov av institutionsvård under längre tid än som åtgår för att klienten skall kunna återhämta sig fysiskt och psykiskt och för att den nödvändiga sociala planeringen av tiden efter institutionsperioden skall hinna genomföras. Hur lång tid detta tar är individuellt och beror självfallet på klientens situation vid intagningen till hemmet. Den nuvarande LVM-vårdtiden på två månader torde dock vara tillräcklig för de flesta.

För många av dessa klienter är sjukhusvård före intagningen på LVM-hemmet nödvändig, i första hand för avgiftning. Redan i dag finns på flera håll ett fungerande samarbete mellan sjukvården och LVM-hemmen. Den ändring av bestämmelserna om inledande sjukhusvård som beredningen föreslår i detta betänkande (kapitel 12) bör kunna leda till att väsentligt fler av alkoholmissbrukarna får sina behov av medicinsk vård tillgodosedda på sjukhus i LVM-vårdens inledningsskede.

Även om klienten är avgiftad när han kommer till LVM-hemmet är han som regel i dålig fysisk och psykisk kondition. Det är viktigt att den inledande kontakten etableras på ett sätt som inger förtroende. Utformningen av den första tidens omvårdnad har stor betydelse för det fortsatta arbetet. Om LVM-hemmet kan erbjuda en konkret hjälp som missbrukaren själv uppfattar som positiv, kan det vara ett viktigt medel att bryta klientens motstånd mot vården.

Här spelar inte minst det fysiska omhändertagandet en viktig roll. Att från ett liv i misär komma till en hemliknande institution, mötas av vänlighet, respekt och förståelse kan ha stor positiv betydelse. Att bli "omplåstrad" både till kropp och själ är en stor kontrast till livet i missbruksmiljöerna och kan bidra till att klienten börjar se på sig själv med lite större respekt.

En del av detta goda omhändertagande är en bra materiell miljö. Det kan låta som ett irrelevant krav på en bra tvångsvård men det är inte desto mindre viktigt. Att erbjuda även de mest utsatta missbrukarna en hög materiell standard i tilltalande miljöer kan uppfattas som ett budskap att man menar allvar med målet att åstadkomma ett värdigare liv.

I allmänhet fyller också LVM-hemmen dessa krav. Men alltjämt är många av institutionerna stora enheter. Av LVM-hemmen har fortfarande närmare hälften fler än 40 platser. Det pågår en utveckling mot mindre enheter och de institutioner som under de senare åren tillkommit som LVM-hem är alla betydligt mindre än de traditionella anstalterna. Detta är en positiv utveckling som ökar möjligheterna till ett gott omhändertagande. Men även på de större hemmen är det möjligt att organisera vårdarbetet i mindre enheter och därigenom öka möjligheterna till ett mer personligt omhändertagande av missbrukaren.

Arbetet på LVM-hemmen, efter det inledande omhändertagandet, innehåller i första hand olika stödjande inslag, som kan hjälpa klienterna att bättre klara av sina problem och svårigheter. Av grundläggande betydelse är den hjälp personalen kan ge klienten med hans ofta omfattande ekonomiska och sociala problem. Förväntningarna från många av klienterna handlar också i första hand om att få nödvändig praktisk hjälp. Det kan bland annat handla om en tilltrasslad ekonomi med omfattande skulder av olika slag, problem i boendet och inte minst — för dem som alltjämt är arbetsföra — svårigheter att få arbete eller annan meningsfull sysselsättning. Att någorlunda ordna upp den sociala situationen är en förutsättning för det fortsatta stödarbetet i öppenvården. De konkret stödjande insatserna innebär också en möjlighet att bygga upp en positiv och förtroendefull kontakt med klienten.

Den sociala omvårdnaden är emellertid inte tillräcklig utan måste kompletteras med vad som kan kallas en psykologisk omvårdnad. Det är angeläget att få till stånd en dialog med klienten bl a om vilken funktion missbruket har för honom och om hur han upplever sin situation.

Att göra detta innebär inte att man bör bedriva en renodlat psykoterapeutisk verksamhet. Vad det handlar om är snarare att ge klienten tillfälle att tala om sina problem med människor som är intresserade och bryr sig om. Inriktningen är inte huvudsakligen att bearbeta de bakomliggande problemen utan snarare att stödja konstruktiva lösningsförslag och förhållningssätt som kan göra det möjligt för klienten att leva ett mer värdigt liv.

Detta arbete ställer stora krav på vårdpersonalen. Det förutsätter ett arbetsklimat och en arbetssituation där personalens personliga förutsättningar tas tillvara och där den kan få stöd, framför allt i form av handledning.

Kontakten behöver utformas individuellt med varje klient. Klienterna har sinsemellan mycket olika behov och förutsättningar. Vissa har kvar en social förankring medan andra hör till gruppen socialt utslagna. Klienterna skiljer sig också åt när det gäller graden av psykiska problem och förmåga att relatera till andra människor.

Det är av dessa skäl angeläget att vårdarbetet bygger på en ingående kännedom om varje klients resurser och handikapp. Intensiteten i kontakten och kraven på klienten måste utformas olika utifrån denna kunskap. Alltför låga krav riskerar att leda till att ingen utveckling kommer till stånd och att klienten passiviseras. Alltför höga krav riskerar å andra sidan att leda till att klienten misslyckas i sina ansträngningar. Detta kan bidra till att permanenta hans bild av sig själv som omöjlig och hans

upplevelse av att det inte går eller lönar sig att försöka förbättra sin situation.

Arbetet med att göra en noggrann bedömning av klienten är ett viktigt inslag i vårdarbetet. Denna bedömning bör sedan ligga till grund för planeringen av de fortsatta öppenvårdsinsatserna.

För en del klienter är den fortsatta vården redan planerad vid inskrivningen och LVM-hemmets bedömning och planering har då mindre betydelse. Det gäller t ex de klienter som redan har en fungerande stödkontakt och ingår i någon form av öppenvårdsverksamhet, som klienten återgår till efter LVM-vården.

Men i majoriteten av fallen föreligger inte denna situation. LVM-vård har ofta aktualiserats i ett läge då alla tidigare ansträngningar misslyckats och man inte har sett någon väg att gå vidare.

Trots att många under lång tid haft kontakt med olika vårdinstanser saknas i många fall en djupgående kunskap om klienten. Att samla in denna kunskap är en viktig uppgift för LVM-hemmet. En sådan kartläggning kan ge en bild av realistiska alternativ för den fortsatta vården. Men att systematiskt kartlägga klientens problem och livshistoria kan också vara en början på ett förändringsarbete och ett viktigt inslag i försöken att öka motivationen till förändring.

Utredningen bör innefatta såväl medicinska som psykologiska och sociala aspekter. Kartläggningen bör omfatta klientens levnadshistoria, psykologiska och sociala utveckling och även hans nuvarande sociala relationer. Det är bl a viktigt att få en bild av i vilka sammanhang han tidigare har fungerat bra, vilka tidigare vårdinsatser som satts in och vilka resultat de har fått.

Med utgångspunkt i denna utredning kan de efterföljande öppenvårdsinsatserna planeras. Att upprätta fylliga och realistiska behandlingsplaner är ett centralt inslag i LVM-hemmens arbete. I dag upprättas i allmänhet behandlingsplaner på LVM-hemmen men i stor utsträckning är dessa formulerade tidigt under vårdtiden. Det innebär att de blir mindre användbara som redskap för de fortsatta vårdinsatserna.

Det är viktigt att planeringen genomförs tillsammans med klienten och att den så långt möjligt också omfattas av honom.

Om en sådan noggrann kartläggning genomförs på LVM-hemmet, får personalen där en ingående kunskap om klienten. Denna kunskap bör naturligtvis förmedlas till socialarbetarna i öppenvården och även tas tillvara i det fortsatta arbetet. Där det är praktiskt genomförbart kan det ibland vara lämpligt att personalen från LVM-hemmet fortsätter kontakten med socialarbetarna inom den öppna vården och får en handledande funktion.

Uppföljning

Uppföljningen av institutionstiden framstår som den viktigaste delen av LVM-vården. Som vi redan har understrukit är det avgörande för vårdens resultat hur stödinsatserna inom den öppna vården utformas och genomförs.

Samtidigt är det i uppföljningen av vården som de största bristerna

finns i dag. Det är inte ovanligt att en klient skrivs ut från ett LVM-hem utan att någon konkret planering föreligger för hur det fortsatta vårdarbetet skall gå till. Det finns också exempel på att socialarbetarna i öppenvården inte omedelbart återupptar kontakten med LVM-klienten. När kontakten etableras efter en tid har klienten ofta redan återfallit i missbruk.

Samarbetet mellan LVM-hemmen och socialarbetarna är i många fall svårt att få till stånd. Till en del beror detta på praktiska och organisatoriska hinder.

Ett hinder för ett närmare samarbete är den geografiskt ojämna lokaliseringen av LVM-hemmen. Vissa län är underförsörjda med platser på LVM-hem. Det är inte ovanligt att LVM-klienterna placeras på hem i andra län än det egna. I vissa fall förekommer det också, framför allt när det gäller § 18-placeringar, att klienter transporteras över stora delar av landet för att få vård. Frösö behandlingshem t ex tar emot LVM-klienter från praktiskt taget hela landet. I dessa fall är det naturligtvis svårt eller omöjligt för socialarbetarna att hålla den nödvändiga personliga kontakten med klienten.

Inte bara det geografiska avståndet utan också spridningen av klienter på ett stort antal hem försvårar samarbetet. En kommuns klienter kan finnas utspridda på ett stort antal institutioner. Detta gör det svårt för socialarbetarna att ha personliga kontakter och goda kunskaper om de olika hemmen vilket försvårar samarbetet om behandlingsplaneringen.

Ett ytterligare hinder är att vissa kommuner av kostnadsskäl inte tillåter socialarbetarna att ha personliga kontakter med klienterna på LVM-hemmen. Detta måste betraktas som helt oacceptabelt. Det innebär att föreskriften i LVM (nuvarande 14 §) att socialnämnden "skall utse en befattningshavare hos nämnden att svara för kontakterna med den intagne" i praktiken knappast kan uppfyllas. Det strider också mot socialstyrelsens allmänna råd om LVM (1982:6), där det bl a uttryckligen sägs att kontaktmannen på eget initiativ bör "hålla kontakt med den intagne och göra regelbundna besök på institutionen".

En ytterligare svårighet utgör den i många fall höga omsättningen av socialarbetare vilket försvårar kontinuiteten i arbetet. Den socialarbetare som ansvarar för uppföljningen, är långtifrån alltid densamme som arbetade med klienten, när placeringen gjordes.

I allmänhet torde dock socialarbetarna ha någon form av kontakt med klienterna under LVM-hemsvistelsen, i många fall dock enbart per telefon. En telefonkontakt kan inte anses vara tillräcklig för planeringen av den fortsatta kontakten med klienten efter institutionstiden. Denna planering måste bygga på LVM-hemmens kunskap om klienten och kräver normalt sett åtminstone något sammanträffande mellan hemmets personal, den ansvarige socialarbetaren och klienten på LVM-hemmet.

Syftet med öppenvårdsinsatserna under LVM-vårdtiden är att bygga upp stödstrukturer som kan fungera under längre tid. Att tvånget ligger kvar under den första tiden innebär att klienten utsätts för en viss press att verkligen fullfölja de planerade insatserna. Tvångets funktion i detta läge kan sägas vara indirekt — om klienten inte uppfyller sin del av de planerade åtgärderna finns möjlighet att återta honom till LVM-hemmet.

Tvånget innebär, under en begränsad tid, en yttre ram som kan utgöra ett stöd både för klienten och socialarbetarna. Förutsättningen för framgång är dock att de planerade insatserna är möjliga att förverkliga och att klientens möjligheter att framgångsrikt följa planeringen är realistiska. Detta förutsätter i sin tur att klienten så långt det är möjligt aktivt tar del i planeringen. Vid motgångar och svårigheter i arbetet innebär det bakomliggande tvånget att det är svårare att ge upp. Det förutsätter en tät kontakt mellan de ansvariga socialarbetarna och klienten. Det är viktigt att reaktionen på t ex återfall blir omedelbar med syftet att åter få igång klienten i den planerade verksamheten. Är detta utsiktslöst måste man snabbt aktualisera en återgång till LVM-hemmet.

Det måste starkt framhållas att ansvaret för att de planerade uppföljningsinsatserna kommer till stånd självklart inte ligger enbart på klienten. Det är minst lika viktigt att understryka socialtjänstens ansvar. Man skulle kunna tala om ett dubbelriktat tvång. Klienten är skyldig att följa den planerade vården och socialtjänsten är skyldig att ge missbrukaren erforderligt stöd och se till att stödinsatserna kommer till stånd i nödvändig utsträckning och på lämpligt sätt.

Skall detta vara möjligt krävs att socialtjänstens öppenvård utvecklas enligt de linjer vi tidigare skisserat i kapitel 7. Arbetet med missbrukare måste bedrivas mer aktivt och långsiktigt och i större utsträckning ske i arbetsenheter specialiserade på arbete med missbrukare.

De konkreta öppenvårdsinsatser som kan komma ifråga måste vara av mycket varierande karaktär. Vi har tidigare betonat vikten av att insatserna är individuellt avpassade efter varje enskild klients behov. Det är angeläget att undvika tidigare prövade och misslyckade insatser. Att finna former som är lämpliga för varje enskild klient ställer stora krav på socialarbetarnas fantasi och uppfinningsrikedom. Det är av dessa skäl både omöjligt och olämpligt för beredningen att formulera mer konkreta riktlinjer för hur stödinsatserna bör utformas. Vissa mer generella synpunkter kan dock ges.

I allmänhet är behovet av stödinsatser omfattande. De bör i enlighet med socialtjänstens helhetssyn vara inriktade på att ge ett stöd som inriktar sig mot klientens totala livssituation. För många är det centrala att bygga upp livsmiljöer där klienten kan gå in i en social gemenskap, som kan fungera under lång tid. Deltagande i avgränsade och kortvariga behandlingsprogram är ofta inte en tillräcklig insats. Enbart en stödkontakt med en socialsekreterare är i de flesta fallen inte heller tillräcklig.

En av socialsekreterarnas viktigare uppgifter i dessa fall är att ta initiativ till att klienten får det stöd och den hjälp han behöver från andra instanser. Inte minst spelar samarbetet med kommunernas hemservice en central roll. På många håll bedriver redan i dag hemservice betydelsefulla insatser för tunga missbrukare. Vårdbiträdenas konkreta stöd i hemmet har ofta visat sig mycket betydelsefullt.

De verksamheter med dagcentraler och områdesarbete som vi tidigare nämnt (kapitel 5) är också en viktig resurs när det gäller att skapa bättre miljöer för de tungt utslagna missbrukarna. De frivilliga organisationerna har en viktig roll, inte minst när det gäller att rekrytera stöd- och kontaktpersoner till klienterna. Självfallet bör också den redan etablera-

de missbrukarvården utnyttjas i uppföljningsarbetet, t ex alkoholpoliklinikerna.

Slutligen vill beredningen framhålla den grundläggande betydelsen av mer traditionella sociala rehabiliteringsinsatser. Att missbrukaren har en trygg social situation när det gäller ekonomi, bostad och, om möjligt, arbete eller annan meningsfull sysselsättning är en förutsättning för många andra slag av insatser.

Ett kvalificerat arbete

LVM-vård med lägre faktiska rehabiliteringsmål är ett kvalificerat arbete med de svåraste klienterna och ställer stora krav på personalens professionalitet och kunskaper. Arbetet är stödjande och ställer mindre krav på terapeutiskt kunnande men kräver ändå att personalen har god psykologisk insikt för att rätt kunna bedöma klienternas behov och förutsättningar. De personliga kvalifikationerna är av stor vikt. Vårdpersonalen måste besitta stora mått av uthållighet och engagemang för att arbetet skall bli framgångsrikt.

För att vidmakthålla hög kompetens har kontinuerlig och kvalificerad handledning stor betydelse. Handledning är nödvändig både för att personalen skall kunna hålla en väl avvägd balans i kontakten med klienten och för att den skall orka med det långvariga och ofta slitsamma stödarbetet.

13.2.3 LVM-vård med högre faktiska rehabiliteringsmål

För flertalet narkotikamissbrukare och åtskilliga av de yngre alkoholmissbrukarna är det nödvändigt att arbeta med förhållandevis höga rehabiliteringsmål. Detta kräver en ny typ av kvalificerad, behandlingsinriktad tvångsvård, som för närvarande i stort sett saknas.

LVM-vården och narkotikamissbrukarna

En av de mest omdiskuterade frågorna sedan LVM trädde i kraft har varit LVM-vårdens innehåll när det gäller narkotikamissbrukarna. En av förklaringarna till att en så stor del av uppmärksamheten har kommit att knytas till den förhållandevis lilla grupp klienter som narkotikamissbrukarna utgör i LVM-vården är att tvångsvård av vuxna narkotikamissbrukare är något nytt för socialtjänsten. Det fanns inga erfarenheter av hur tvångsvården av dessa missbrukare skulle hanteras på socialtjänstens institutioner när lagen kom.

Till bilden hör också att många — inte minst inom narkomanvården — menade att de praktiska förutsättningarna för att bereda narkotikamissbrukarna vård enligt LVM saknades när lagen trädde i kraft. Det fanns inga institutioner vars personal hade de kunskaper och erfarenheter som krävdes för att behandla narkotikamissbrukarna. Den uppfattningen delades i allmänhet också av personalen på LVM-hemmen. Få av hemmen har varit beredda att ta emot narkotikamissbrukare. Under de år som gått sedan LVM trätt i kraft har det stora flertalet narkotikamissbru-

kare tagits emot vid två av LVM-hemmen — Frösö och Östfora behandlingshem.

Båda är f d nykterhetsvårdsanstalter och båda hade lång erfarenhet av alkoholmissbrukare men ingen av narkotikamissbrukare när LVM trädde i kraft. Frösö behandlingshem inrättade, som nämnts tidigare, en särskild avdelning med nio platser för narkotikamissbrukare under år 1986. På Östfora vårdas fortfarande narkotikamissbrukarna på samma avdelningar och i samma vårdprogram som alkoholmissbrukarna.

Dessa institutioner har haft betydande svårigheter i arbetet med narkotikamissbrukarna, även om de under de gångna åren tillägnat sig vissa erfarenheter och kunskaper inom området. Rymningarna har varit många och LVM-vården har mera sällan lett vare sig till fortsatt frivillig vård eller några varaktiga förbättringar av livssituationen. De flesta har av allt att döma övergått till fortsatt missbruk omedelbart efter utskrivningen från LVM-hemmet.

Det är mot den bakgrunden naturligt att intresset för att utveckla särskilda LVM-hem för narkotikamissbrukare har ökat. Två sådana enheter har också, som framgått, tillskapats i Stockholm och Malmö under år 1986.

Det faktum att narkotikamissbrukarna har vårdats tillsammans med alkoholmissbrukarna behöver inte i sig vara en förklaring till problemen. Det förefaller rimligare att anta att förklaringen kan sökas i att narkotikamissbrukarna har beretts vård vid sådana LVM-hem som av tradition arbetat med missbrukarvårdens mest utslagna och nedgångna alkoholmissbrukare och som tvingats anpassa såväl behandlingsmålen som metoderna till detta. Rehabiliteringsmålen har i praktiken fått sättas lågt.

De narkotikamissbrukare som kommer i fråga för LVM-vård är visserligen oftast också socialt utslagna och nedgångna. Men de är genomsnittligt betydligt yngre och inte lika gravt skadade av missbruket som de äldre alkoholmissbrukarna. Det finns i allmänhet också förväntningar från socialtjänsten om att tvångsvården skall leda till fortsatt vård i frivilliga former — och i förlängningen till varaktig missbruksfrihet. Förväntningarna ställs i allmänhet betydligt lägre i fråga om de gravt skadade alkoholmissbrukarna.

De LVM-hem som har tilldelats uppgiften att vårda narkotikamissbrukarna ställs således inför långtgående krav på en övergång till en mer behandlingsorienterad uppläggning av vårdinnehållet — krav som endast marginellt har kunnat tillgodoses.

Att det förhåller sig så är inte alls märkligt. Det är en utomordentligt svår uppgift att inom ramen för en och samma vårdinstitution utveckla vårdprogram med vitt skilda vårdinnehåll och kravnivåer. Risken är uppenbar att en sådan institution endast tjänar en eller ett par av de klientgrupper den har att göra med. Det är svårt att undvika att verksamheten utformas efter de mest utslagnas problemsituation. Följden av att vårda unga narkotikamissbrukare på en institution som huvudsakligen är inriktad på omvårdnad av äldre, gravt skadade alkoholmissbrukare är att vården generellt sett ges en alltför omhändertagande inriktning.

Differentiering efter missbrukstyp eller ålder?

LVM-hemmens klienter är således inte någon enhetlig grupp när det gäller ålder, missbruksmönster eller problembild i övrigt och därmed inte heller när det gäller möjligheterna att åstadkomma en förändring av situationen.

Klientsammansättningen utgör ett hinder för en utveckling av vårdinnehållet. För att de olika klientgruppernas vårdbehov under och efter vårdtiden på hemmet skall kunna tillgodoses bättre, krävs en mer differentierad LVM-vård.

Det bör emellertid understrykas att det även finns andra klientgrupper än narkotikamissbrukarna som får sina vårdbehov dåligt tillgodosedda inom ramen för dagens LVM-vård. Det har, som konstaterats i kapitel 5, blivit vanligare med en ny typ av alkoholmissbrukare med en problembild som liknar narkotikamissbrukarnas. Det är fråga om yngre missbrukare som debuterat i alkoholmissbruk i tonåren och för vilka missbruket tycks få ett snabbare förlopp än vad som tidigare varit vanligt bland alkoholmissbrukare. Denna ungdomsalkoholism liknar mer narkotikamissbruket än det "klassiska" alkoholmissbruket. Till bilden hör också att de tidigare tydliga gränserna mellan olika missbruksgrupper har suddats ut under senare år. Blandmissbruket är ett väsentligt inslag i missbruksbilden, särskilt bland yngre missbrukare. De yngre alkoholmissbrukarna synes ha behandlingsbehov som liknar narkotikamissbrukarnas.

Detta talar för att strävan på längre sikt bör vara att utveckla modeller för integrerade vårdarrangemang för yngre missbrukare i LVM-vården.

I dagsläget finns det emellertid starka skäl att prioritera en utbyggnad av särskilda vårdenheter för narkotikamissbrukare.

Erfarenheterna visar att de narkotikamissbrukare som kommer ifråga för LVM-vård är tungt belastade i alla avseenden. I allmänhet har de ett mycket långvarigt missbruk och åtskilliga misslyckade behandlingsförsök bakom sig när de kommer till LVM-vården.

I vårdens inledningsskede är de oftast aggressiva — ibland till och med våldsamma — eller svårhanterliga på andra sätt. Bilden kompliceras numera ytterligare av att en så stor andel av dem är HIV-smittade. Under år 1986 var majoriteten av de LVM-vårdade narkotikamissbrukarna från Stockholms län smittade. Generellt sett beskrivs de LVM-vårdade narkotikamissbrukarna som en grupp med mycket svaga, om ens några, motiv för att upphöra med missbruket.

Narkotikamissbrukarna ställer således LVM-vården inför en utomordentligt svår behandlaruppgift.

Mot denna bakgrund framstår det nu som en nödvändighet att utveckla särskilda vårdresurser för narkotikamissbrukarna. Utgångspunkten måste med andra ord vara att man fullföljer de strävanden som redan påbörjats i Stockholm och Malmö, dvs en uppbyggnad av särskilda enheter för narkotikamissbrukare vid sidan av den befintliga LVM-vården.

Det är för tidigt att dra några bestämda slutsatser om hur LVM-vården för narkotikamissbrukarna skall organiseras med utgångspunkt från de erfarenheter som gjorts vid de särskilda LVM-hemmen för narkotika-

missbrukare i Stockholm och Malmö. Verksamheterna har varit igång alltför kort tid för att kunna tjäna som underlag inför den fortsatta planeringen. Vissa preliminära slutsatser kan emellertid dras.

Avgiftningen

En av förutsättningarna för att ett tvångsingripande skall framstå som meningsfullt på längre sikt är att vården kan ges ett sådant innehåll att den kan skapa motivation för fortsatt behandling i frivilliga former.

Av stor betydelse är hur vården inleds. Själva tvångsingripandet väcker i allmänhet mycket starka reaktioner och kan leda till ett desperat och destruktivt agerande. Det är också i vårdens inledningsskede som risken för rymningar är störst. Till en början handlar det således om att få den omhändertagne att komma över de negativa reaktioner som tvångsingripandet har väckt och skapa förståelse för varför ingripandet var nödvändigt. Misslyckas man med detta riskerar man att de kortsiktigt positiva effekterna av tvångsingripandet ger negativa effekter på längre sikt och att klientens motstånd mot behandlingen cementeras.

Det är således viktigt hur vårdarrangemangen i vårdens inledningsskede utformas.

Den primära uppgiften i detta inledningsskede är att se till att klienten avgiftas under medicinskt betryggande former. Själva avgiftningen är visserligen i allmänhet medicinskt sett relativt okomplicerad. De fysiska abstinensbesvären kan vara påtagliga men är sällan livshotande. Däremot innebär avgiftningen en svår psykisk påfrestning. Missbrukaren har vant sig vid att dämpa såväl fysisk som psykisk smärta med narkotiska medel och berövas i avgiftningssituationen "det kemiska skydd" som preparatet normalt ger honom eller henne. Missbrukaren blir sårbar och ångestfylld och upplever oftast de objektivt sett måttliga fysiska abstinensbesvären som mycket smärtsamma. Detta är ett motiv för att avgiftningen ofta måste kombineras med någon form av psykofarmakabehandling. Därtill kommer att LVM-klienterna i allmänhet är svårt fysiskt och psykiskt nedgångna och i behov av såväl somatiska som psykiatriska insatser. Sjukvårdsinsatserna är således centrala i vårdens inledningsskede. Att den medicinska omvårdnaden måste vara ett viktigt inslag i LVM-vården har under senare tid kommit att framstå som ännu mera uppenbart med tanke på att en så stor andel av de LVM-vårdade klienterna är HIV-smittade. Ett ökande antal har dessutom utvecklat s k förstadier till AIDS.

Enligt den allmänna ansvarsfördelning som råder mellan socialtjänsten och sjukvården skall missbrukarens behov av avgiftning och annan somatisk och psykiatrisk vård tillgodoses av sjukvården. Principiellt måste naturligtvis samma ordning gälla för de LVM-vårdade narkotikamissbrukarna, vars behov av sådana insatser, som framhållits, är särskilt stora.

I praktiken har emellertid narkotikamissbrukarna endast undantagsvis fått sina behov av avgiftning och medicinsk omvårdnad tillgodosedda inom sjukvården i LVM-vårdens inledningsskede. En stor andel har varit omedelbart omhändertagna enligt 8 § LVM och har förvarats hos polisen

— oftast på häktet — fram till dess att plats anvisats på ett LVM-hem. Missbrukarna har i allmänhet vistats hos polisen under två till tre dagar. Andra har förts till LVM-hemmet direkt efter det att beslutet om vård har fattats.

Den främsta förklaringen till att LVM-vården inte har inletts på sjukhus är att man gjort bedömningen att det finns en uppenbar risk för att missbrukaren skall avvika därifrån. Det är också realistiskt att räkna med att det ofta föreligger en sådan risk, särskilt när det gäller narkotikamissbrukarna. I de fall vården har inletts på sjukhus har missbrukaren, enligt vad beredningen erfarit, oftast avvikit eller på annat sätt äventyrat vården för sig själv eller andra.

Huvudprincipen i LVM är att vården skall inledas på sjukhus. Som framgått tidigare (kapitel 12) anser beredningen att denna princip bör ligga fast. Samtidigt föreslår beredningen en ändring i LVM i syfte att säkerställa att de klienter som får inledande sjukhusvård inte avviker från sjukhuset under vårdtiden.

Som konstaterats i nämnda avsnitt finns det skäl att tro att de föreslagna ändringarna kommer att vara tillräckliga för majoriteten av de LVM-vårdade klienterna. Det är emellertid realistiskt att räkna med att det kommer att finnas klienter som motsätter sig varje form av vård och som därför inte kommer att kunna beredas vård på sjukhus. Med all sannolikhet kommer dessa svårigheter att vara särskilt påtagliga i fråga om en del av narkotikamissbrukarna. För att inte dessa skall ställas utan tillgång till medicinsk omvårdnad måste det således finnas en beredskap för att tillgodose dessa klienters behov av avgiftning och medicinsk vård vid LVM-hemmen. Det innebär att vissa av LVM-hemmen måste ha tillgång till erforderliga somatiska och psykiatriska resurser.

I de fall den inledande sjukvården av praktiska skäl måste ges på LVM-hemmet är det givetvis ett oavvisligt krav att den inte blir av sämre kvalitet än vad den skulle ha blivit om den i stället hade ägt rum på sjukhus.

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

Vård på hem för särskilt noggrann tillsyn

Majoriteten av de narkotikamissbrukare som har beretts vård enligt LVM har avvikit från LVM-hemmet — oftast vid mer än ett tillfälle. Det är inte ovanligt att missbrukaren har varit avviken under större delen av vårdtiden.

Det ligger i sakens natur att en förutsättning för att syftet med vården skall kunna uppnås är att den som kommer ifråga för vård är fysiskt närvarande på hemmet. Det framstår därför som utomordentligt angeläget att så långt som möjligt försöka motverka att klienterna avviker under vårdtiden. Mot den bakgrunden är det realistiskt att räkna med att LVM-

vården för flertalet narkotikamissbrukare måste inledas på ett hem för särskilt noggrann tillsyn, dvs på hem med kvarhållningsrätt och vissa andra befogenheter att begränsa klienternas rörelsefrihet.

Erfarenheterna visar emellertid att narkotikamissbrukarna avviker även från sådana hem, vilket aktualiserar frågan om det finns skäl att förstärka de yttre säkerhetsarrangemangen ytterligare.

Problemen kan emellertid omöjligen lösas enbart genom en förstärkning av den yttre kontrollen. I och för sig går det naturligtvis att åstadkomma i det närmaste helt rymningssäkra LVM-hem genom långtgående inskränkningar av klienternas rörelsefrihet. Samtidigt finns det en uppenbar risk att svaret på sådana inskränkningar blir ett desperat agerande från klienternas sida, vilket i sin tur kan leda till våldsamma utbrytningsförsök. Därtill kommer risken för att verksamheten urartar till ren förvaring.

Det är visserligen, som framhållits, i de flesta fall nödvändigt att begränsa klienternas rörelsefrihet i LVM-vårdens inledningsskede genom att vården ges på en sluten avdelning. Därutöver finns det ett behov av regler och struktur som kan fungera som ett stöd för de klienter som har svårt att själva sätta gränser för sitt beteende. Men man kan inte enbart förlita sig på inlåsning och yttre kontroll. En sådan utveckling skulle enligt vår mening omöjliggöra en utveckling av metodiken i LVM-vården. Den måste ha sin tyngdpunkt i personliga relationer mellan behandlare och klienter och inte i en opersonlig yttre kontroll. Ambitionen måste vara att skapa ett behandlingsklimat som gör det möjligt att bygga vad som har kallats "mänskliga murar". Behandlingsinnehållet måste utformas så att det ger utrymme för kontakt och intensiv påverkan. Det är självfallet en mycket svår uppgift med tanke på att klienternas möte med vården i allmänhet präglas av ett mycket starkt motstånd. Men det behöver inte vara omöjligt om LVM-hemmet ges rimliga förutsättningar att klara uppgiften. Det är t ex nödvändigt att utveckla små behandlingsenheter med hög personaltäthet. Vidare visar bl a erfarenheterna från Malmö kommuns LVM-enhet att det är lättare att åstadkomma ett gynnsamt behandlingsklimat om man vårdar LVM-klienter tillsammans med klienter som sökt sig frivilligt till vården.

Slutligen kan nämnas att de nuvarande reglerna för beräkning av vårdtiden enligt LVM kan vara en bidragande orsak till de omfattande avvikningarna. Det förhållandet att den tid som missbrukaren olovligen vistas utanför LVM-hemmet räknas med i vårdtiden gör att de klienter som motsätter sig vården kan frestas att hålla sig undan under vårdtiden. Beredningen har bl a av det skälet föreslagit en ändring av reglerna (kapitel 9). Det förefaller troligt att den föreslagna ändringen kan bidra till att minska problemet med avvikningarna.

Utslussning till andra vårdformer

Som framgått tidigare föreslår beredningen i detta betänkande att vårdtiden enligt LVM förlängs. Det främsta motivet för detta är att den något längre vårdtiden skall utnyttjas för att bereda missbrukaren möjligheter att påbörja ett långsiktigt behandlingsprogram utanför LVM-hemmet —

en behandling som i de flesta fall måste fortgå även efter det att vården enligt LVM har avslutats.

Den lösning som beredningen förespråkar anknyter till den praxis för samarbetet mellan LVM-hemmen och de frivilliga behandlingsprogrammen som i viss mån redan har utvecklats i fråga om narkotikamissbrukarna. Erfarenheterna visar att det i ett icke obetydligt antal fall har varit möjligt att åstadkomma en utslussning från LVM-hemmen till andra vårdformer med stöd av 15 § LVM — trots att de nuvarande vårdtiderna i LVM, som beredningen tidigare har konstaterat, är för korta för att bestämmelsen skall kunna komma till en mer omfattande användning.

Enligt uppgifter från Stockholms socialförvaltning utnyttjades 15 § LVM för 36 procent (16 personer) av de narkotikamissbrukare som vårdades på Serafen under år 1986. I samtliga fall överfördes klienterna till någon form av heldygnsvård; behandlingshem eller familjevård. En preliminär utvärdering visar att två av tre avbröt vården i nära anslutning till att vården enligt LVM upphörde. I de övriga fallen har klienterna — åtminstone hittills — fullföljt behandlingen i enlighet med behandlingsplanen. Erfarenheterna från Malmö kommuns nystartade LVM-hem ger en liknande bild, även om det ännu är för tidigt att dra några säkra slutsatser om utfallet.

Mycket talar sålunda för att det i många fall är realistiskt att begränsa vårdperioden på LVM-hemmet och åstadkomma lösningar under och efter vårdtiden som kan framstå som attraktiva för klienterna om det finns vårdalternativ att slussa dem till. Det förefaller sannolikt att den föreslagna ändringen av vårdtiderna kommer att bidra till att en betydligt större andel av klienterna kan beredas vård utanför LVM-hemmet under vårdtiden.

Detta förutsätter dock att de seriösa försök som nu görs för att utveckla LVM-vården för narkotikamissbrukarna fullföljs och att tvångsvården är väl integrerad i den övriga missbrukarvården. LVM-hemmen bör vara nära knutna till de långsiktiga behandlingsenheterna; de frivilliga behandlingshemmen, vårdkollektiven, familjevården, olika behandlingsprogram i öppenvården etc. Det ligger i sakens natur att utslussningen från LVM-hemmen till andra behandlingsalternativ underlättas om LVM-hemmen geografiskt placeras så att det blir möjligt för socialarbetarna i öppenvården att ha täta kontakter med klienterna under vårdperioden på LVM-hemmet. Det är vidare viktigt att utan onödiga dröjsmål knyta an till det som uppnåtts i motivationsarbetet och så snart det finns förutsättningar härför föra över klienten till det långsiktiga behandlingsprogrammet.

Kompetens, handledning, m m

Den typ av kvalificerad behandlingsinriktad tvångsvård som diskuterats i detta avsnitt är — som framhållits — en ny, svår och krävande behandlaruppgift. Detta gäller särskilt tvångsvården av narkotikamissbrukarna. De narkotikamissbrukare som kommer i fråga för sådan vård uppvisar ingen eller svag motivation för att förändra sin livsföring i avgörande hänseenden. De är dessutom inte sällan kraftigt utagerande och har som

regel en omfattande kriminalitet eller prostitution bakom sig. Därtill kommer att inslaget av psykiskt störda är betydande och att en ökande andel av klienterna är HIV-smittade och tidvis desperata.

Mycket talar för att svårigheterna är betydande även i fråga om många av de yngre alkoholmissbrukarna.

Utsikterna att de vårdinsatser som kan göras för dessa missbrukare skall kunna leda till positiva förändringar kan framstå som utomordentligt dystra. Som framhållits i kapitel 8 finns det emellertid inget empiriskt stöd för att knyta de positiva förväntningarna enbart till de klienter som redan från början är behandlingsmotiverade. Motivationen är påverkbar och i hög grad beroende av behandlingsinnehållet och behandlarnas förhållningssätt. Att behandlarna har tilltro till den egna behandlingsmetoden och kan förmedla ett hopp om att en förändring är möjlig till klienten spelar en avgörande roll. Behandlingsorganisationens och behandlarnas betydelse när det gäller att locka fram och vidmakthålla klientens vilja till förändring har ofta underskattats i diskussionerna om behandlingsarbete med missbrukare. Det finns flera studier som pekar i samma riktning, nämligen att sådana faktorer har större betydelse än om klienten är motiverad då behandlingen inleds.

Detta har i synnerhet giltighet i fråga om den vårdsektor som ställs inför uppgiften att tvångsvårda narkotikamissbrukare. Ingen annan sektor inom missbrukarvården möter klienter med ett så massivt motstånd mot behandlingen och ställer så stora krav på personalens engagemang och personliga lämplighet. Därtill kommer att den personal som anställs inom vårdområdet måste besitta ett betydande mått av kunskap och erfarenhet om den skall ha rimliga möjligheter att klara uppgiften.

Få seriösa försök har hittills gjorts för att utveckla den nya typ av behandlingsinriktad tvångsvård det här är fråga om. Ingen kan därför med säkerhet ange hur vården kan organiseras eller vilka metoder som kan användas. Den personal som skall arbeta inom denna vårdsektor kommer att få pröva sig fram och successivt utveckla såväl vårdens innehåll som den samverkan med övriga länkar i vårdkedjan som krävs för att insatserna skall kunna ge resultat. Det rör sig sålunda i hög grad om en pionjärinsats och ett utvecklingsarbete.

Erfarenheterna talar för att de största problemen när denna vårdsektor skall byggas ut kommer att gälla personalrekryteringen. En förutsättning för att LVM-vården skall kunna ges ett kvalificerat innehåll är att man kan rekrytera personal med lång och gedigen erfarenhet från narkomanvården och angränsande vårdområden.

Situationen kan te sig gynnsam eftersom det numera finns en väl utbyggd narkomanvård såväl inom den frivilliga vården för vuxna missbrukare som inom tvångsvården av unga. Det torde därför finnas potentiella möjligheter att rekrytera personal med de kunskaper och erfarenheter som krävs till LVM-vården.

I praktiken har det emellertid hittills visat sig svårt att förmå behandlare från dessa vårdområden att ta steget över till LVM-vården.

Åtgärder för att höja vårdområdets status är av strategisk betydelse för möjligheterna att rekrytera kvalificerad personal. Erfarenheter kan hämtas från andra vårdområden som lyckats med detta, t ex de s k Hassela-

kollektiven och vissa delar av psykiatrin. Ett exempel på det senare är den s k Sätermodellen, vars insatser i arbetet med svårt psykiskt störda patienter under senare år har bidragit till ett dynamiskt utvecklingsarbete inom vårdsektorn även vid andra landsting.

En sådan utveckling kan emellertid bara åstadkommas om vårdområdet kan dra till sig tillräckligt många institutionsledare och behandlare som har den kompetens som krävs för att vara drivande i utvecklingsarbetet.

Detta förutsätter att man skapar en behandlingsorganisation som förmår hålla personalens engagemang vid liv och som stimulerar kunskaps- och metodutvecklingen inom vårdområdet. I detta inryms både att verksamheten ges rimliga ekonomiska och andra yttre förutsättningar och att det finns utrymme och resurser för kontinuerlig och kvalificerad handledning och fortbildning av personalen.

Till bilden hör också att den personal som arbetar inom LVM-vården har en sådan placering i vårdkedjan att de inte automatiskt kan överblicka resultatet av sitt arbete. Personalgruppen återser i allmänhet inte de klienter som den lyckats föra vidare till mer långsiktiga behandlingsprogram utan endast dem som har misslyckats och återkommer för nya vårdperioder på LVM-hemmet. Det är ett av skälen till att det är nödvändigt att LVM-hemmet utvecklar metoder för kontinuerlig uppföljning som ger en bild av i vilken mån institutionens mål och de individuella behandlingsmålen uppnås.

Det är vidare angeläget att ge personalen möjligheter till ett organiserat och fortlöpande erfarenhetsutbyte med andra enheter inom vårdsektorn. Detta torde kunna underlättas av att den — även efter en utbyggnad — kommer att vara förhållandevis liten. Formerna för hur ett sådant erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan personalen inom vårdsektorn kan organiseras bör diskuteras i den ledningsgrupp för utveckling av LVM-vården som beredningen i det följande föreslår skall inrättas (avsnitt 13.3.3).

Slutligen bör framhållas att möjligheterna att rekrytera och behålla kvalificerad personal inom vårdsektorn i hög grad sammanhänger med löner och övriga anställningsvillkor. Det är enligt beredningen helt oacceptabelt att den arbetsinsats som utgör den tyngsta och mest krävande inom missbrukarvården lönemässigt bedöms vara likvärdig med — eller i vissa fall till och med som mindre kvalificerad än — det arbete som bedrivs inom den öppna socialtjänsten och den frivilliga institutionssektorn. Därtill kommer att det kan finnas skäl att se över personalens övriga anställningsvillkor. Åtgärder som kan övervägas är längre semester, kortare arbetstider etc.

13.3 Bristen på resurser för LVM-vård

13.3.1 Inledning

Bristen på resurser för LVM-vård för i första hand narkotikamissbrukarna framstår som utomordentligt allvarlig. I vissa avseenden måste läget

beskrivas som akut ohållbart. Det gäller främst bristen på hem för särskilt noggrann tillsyn enligt 18 § i den nuvarande lagen. Situationen innebär att den beslutade LVM-vården i många fall aldrig kommer till stånd. Ett sannolikt ännu större problem är att socialarbetare och andra i vissa lägen avstår från att ta initiativ till tvångsvård, trots att de bedömer sådan vård som starkt motiverad, eftersom de vet att adekvata vårdresurser inte finns att tillgå. Hur ofta detta förekommer går inte att fastställa, men många uppgifter tyder på att situationen inte är ovanlig.

Den typ av behandlingsinriktad, kvalificerad tvångsvård som flertalet narkotikamissbrukare och sannolikt även många yngre alkoholmissbrukare skulle behöva, förekommer bara undantagsvis i praktiken, eftersom resurser för sådan vård — frånsett ett fåtal vårdplatser i Stockholm och Malmö — saknas. Så länge denna situation består, kan LVM helt enkelt inte tillämpas i enlighet med lagstiftarens intentioner. Än mindre möjligt blir det att realisera de förslag och överväganden rörande en förstärkt och mer innehållsrik LVM-vård som beredningen har redovisat i detta betänkande.

Som nämnts i avsnitt 7.9 uppmärksammade socialutskottet våren 1987, i ett av riksdagen godtaget betänkande, bristen på platser för narkomanvård, särskilt LVM-vård (SoU 1986/87:19 rskr 187). Enligt utskottet "råder för närvarande på detta område förhållanden som inte längre kan accepteras". Utskottet såg det som "nödvändigt att regeringen tar upp saken med berörda huvudmän och i samarbete med bl a kommuner och landsting skyndsamt tar fram förslag till hur problemen inom narkomanvården skall lösas."

Socialberedningens uppdrag i detta sammanhang är att göra en översyn av LVM, inte att lägga fram preciserade förslag till hur den nödvändiga resursförstärkningen kan åstadkommas. Eftersom en sådan förstärkning är en förutsättning för att våra förslag om tvångsvårdens roll och innehåll skall kunna förverkligas i praktiken, har vi emellertid inte sett det som möjligt att gå förbi frågan om LVM-vårdens resurser. Vi redovisar därför i det följande vissa överväganden inför de ställningstaganden till resursfrågan i regering och riksdag, som vi förutsätter kommer till stånd i en nära framtid.

13.3.2 Statligt huvudmannaskap för LVM-hemmen?

Genom de huvudmannaskapsförändringar som genomfördes år 1983 fick kommuner och landsting ansvaret för anordnande och drift av bl a behandlingshemmen för missbrukare, inklusive LVM-hemmen. I den senaste tidens diskussion har några fört fram tanken att LVM-hemmen skulle återföras till statligt huvudmannaskap. Även beredningen har diskuterat den möjligheten.

En sådan förändring kan från vissa synpunkter framstå som logisk. Tvångsvårdens roll i missbrukarvården — dess syfte, de situationer i vilka tvångsvård skall aktualiseras, vårdtidens längd etc — fastställs av statsmakterna, genom beslut i regering och riksdag. Men villkoret för att lagen skall tillämpas i verkligheten är att de kommunala huvudmännen

ställer erforderliga vårdresurser till förfogande. Den aktuella situationen visar att så inte har skett i tillräcklig omfattning, trots den allmänna skyldighet som landsting och kommuner har ålagts i 23 § SoL att anordna de hem för vård eller boende (inklusive LVM-hem) som behövs inom landstinget. Erfarenheterna kan sägas starkt tala för att sambandet behöver förstärkas mellan tvångsvårdslagen och de vårdresurser, utan vilka den inte kan tillämpas. Den effekten skulle uppnås om huvudmannaskapet för LVM-institutionerna åter blev statligt.

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

Av främst detta skäl ser beredningen det inte som någon lösning på problemen att staten på nytt skulle ta över det direkta huvudmannaansvaret för LVM-vården. Behovet av en starkare statlig styrning av LVM-vården måste tillgodoses i andra former.

13.3.3 Särskilt statsbidrag till LVM-vården?

I debatten om LVM-vårdens läge har, som ett alternativ till en återgång till statligt huvudmannaskap, föreslagits att ett särskilt statsbidrag skulle tillskapas för denna vårdsektor.

Beredningen vill på denna punkt först erinra om att kommuner och landsting i och med huvudmannaskapsöverflyttningen tog på sig ansvaret för att anordna och driva även LVM-vård i erforderlig omfattning. Vi vill också erinra om att det nuvarande statsbidraget till missbrukarvård m m, som för närvarande uppgår till 810 milj kr per år, inkluderar även statens bidrag till kostnaderna för LVM-hemmen.

Mot denna bakgrund kan ett ytterligare statsbidrag — avseende LVM-vården i dess helhet — knappast framstå som motiverat. I avsnitt 7.10 har beredningen som sin mening anfört att det kan finnas skäl att i framtiden överväga en annan bidragskonstruktion, som inrymmer starkare garantier än det nuvarande systemet för att även de sämst ställda missbrukargrupperna får sina vårdbehov tillgodosedda. Ett slutligt ställningstagande i den frågan måste emellertid, som konstaterades i kapitel 7, anstå till dess socialstyrelsen har redovisat ett pågående arbete, i vilket de förändringar som skett inom bl a missbrukarvården sammanställs och analyseras.

Vad som däremot kan och bör diskuteras nu är om det nuvarande statsbidraget bör kompletteras med ett särskilt bidrag för att utveckla den nya typ av kvalificerad tvångsvård som erfordras för att möta i första

hand narkotikamissbrukarnas vårdbehov. Det bör här nämnas att socialstyrelsen, i en skrivelse till regeringen den 19 maj 1987, bl a har hemställt om att 30 milj kronor ställs till styrelsens förfogande under budgetåret 1987/88 för detta ändamål.

Det bör till att börja med understrykas att utvecklingen inom detta område har blivit en helt annan än vad som tidigare kunde förutses. Erfarenheten visar entydigt, som konstaterats i avsnitt 13.2.3, att narkotikamissbrukarna inte framgångsrikt kan samvårdas med de oftast äldre alkoholmissbrukarna på de f d vårdanstalterna för alkoholmissbrukare. Behovet av kvalificerade särvårdsresurser för narkotikamissbrukarna insågs inte fullt ut när det nu gällande statsbidragssystemet fastställdes och ännu mindre när huvudmannaskapsreformen genomfördes. Den akuta situation som HIV-epidemin bland narkotikamissbrukarna har skapat, kunde givetvis inte heller förutses, lika litet som att trycket på tvångsvårdsresurser för denna grupp skulle bli så starkt.

Härtill kommer att den kvalificerade tvångsvården för narkotikamissbrukare har visat sig vara långt mera dyrbar än annan social institutionsvård för missbrukare. Med ledning av de hittillsvarande erfarenheterna kan dygnskostnaden för närvarande beräknas uppgå till närmare 2 500 kr per plats. En tre månader lång vårdperiod för en missbrukare på ett sådant hem kostar sålunda över 200 000 kr. Det är lätt att inse att kostnader i denna storleksordning, särskilt när de inte har kunnat förutses, kan vara svåra att bära i synnerhet för de mindre kommunerna.

Mot denna bakgrund anser beredningen att särskilda statliga medel för att utveckla LVM-vården, som komplement till det statsbidrag som nu utgår till missbrukarvård m m, är motiverade med hänsyn bl a till den extraordinära situation som HIV-epidemin har skapat. Vissa sådana medel finns redan i dagsläget, inom ramen för socialdepartementets anslag H 4. Utvecklings- och försöksverksamhet. Enligt beredningens mening talar emellertid starka skäl för att dessa utvecklingsmedel nu kraftigt utökas.

Ett sådant kompletterande statsbidrag bör vara inriktat på att stödja tillkomsten av kvalificerade LVM-resurser avsedda i första hand för narkotikamissbrukare. Det bör emellertid observeras att behovet av denna typ av behandlingsinriktad LVM-vård sannolikt kommer att växa — delvis till följd av de förslag som beredningen lägger fram i detta betänkande — även inom gruppen yngre, tidigt socialt utslagna alkoholmissbrukare.

Med tanke på syftet med ett sådant kompletterande bidrag och med hänsyn till vad som har sagts ovan om behovet av starkare statlig styrning inom detta område, bör det inte utgå i generell form, som ett tillägg till det nuvarande schabloniserade bidraget, utan styras direkt till de verksamheter som det skulle vara avsett att stimulera.

Eftersom kostnaderna för den kvalificerade LVM-vården, som redan påpekats, är så väsentligt mycket högre än kostnaderna för annan institutionsvård inom detta område, bör staten genom det särskilda bidraget finansiera en viss del, exempelvis 40 procent, av kostnaderna för driften av dessa institutioner.

En central punkt i beredningens överväganden om LVM är att den nya längre vårdtiden bör utnyttjas inte bara för vård på själva LVM-hemmet. Bara i undantagsfall skall missbrukaren tillbringa hela vårdtiden på denna institution. Missbrukaren skall i stället så snart det är möjligt överföras till vård i andra former. När man bygger upp de nya LVM-hem för narkotikamissbrukare som nu erfordras, är det av största betydelse att man från början ser denna utslussning som en integrerad del av LVM-vården. Det särskilda bidraget för utveckling av LVM-vården bör utgå inte bara till själva LVM-hemmen, utan också till den del av LVM-vården som skall äga rum utanför LVM-institutionen.

Särskilda medel bör enligt beredningens mening även avsättas för att delfinansiera kostnaderna för de omfattande utbildnings- och handledningsinsatser för personalen som är nödvändiga (se avsnitt 13.2.3).

Bidrag bör inte beviljas passivt, genom konventionellt utlysnings- och ansökningsförfarande. Projektorganisation och projektinnehåll bör arbetas fram i samråd mellan berörd huvudman och ett projektsekretariat, som lämpligen förläggs till socialstyrelsen. På grund av uppgiftens svårighetsgrad finns det skäl att förstärka projektsekretariatet med en expertgrupp, en grupp av särskilt erfarna och kvalificerade behandlare som kan bistå vid bedömningen av projekten men framför allt fungera som konsulter åt de lokala projekten både under planeringsfasen och senare. Medlen bör fördelas av en ledningsgrupp med företrädare för socialstyrelsen och de båda kommunförbunden.

13.3.4 Inventering av resursbehov

Bristen på LVM-resurser är för närvarande särskilt akut i Stockholmsområdet. Men läget är allvarligt också på många andra håll i landet, främst beroende på bristen på § 18-platser. De få § 18-hemmen är, som framgått av avsnitt 13.1.2, ojämnt fördelade över landet.

Beredningen finner det uppenbart att en utbyggnad av denna del av LVM-vården måste komma till stånd även i de delar av landet som nu saknar sådana vårdresurser, dels för att allmänt sett täcka behovet av vårdplatser vid hem för särskilt noggrann tillsyn, dels för att missbrukare som behöver sådan vård skall kunna placeras på hem inte alltför långt från hemorten. Det kan visserligen ifrågasättas om det — som förutsattes i den ursprungliga LVM-propositionen — finns underlag för en institution av detta slag i varje län. Det är möjligt att frågan i vissa delar av landet kan lösas genom regionala samverkansavtal omfattande två eller i något fall flera län.

Den ledningsgrupp för utveckling av LVM-vården som beredningen ovan föreslog skulle inrättas, bör enligt beredningens mening även få i uppdrag att skyndsamt inventera behoven av tillkommande LVM-resurser i de olika länen och att utarbeta en plan för hur den erforderliga utbyggnaden kan genomföras.

Bristen på resurser för LVM-vård är i flera avseenden akut. Vi vill därför understryka att ett ställningstagande till de överväganden rörande förstärkta LVM-vårdsresurser, som vi har redovisat i detta avsnitt, inte

bör anstå till dess regering och riksdag har behandlat våra förslag till en reviderad lagstiftning, utan bör ske med förtur.

13.4 Behovet av forskning och statistik

13.4.1 Forskningen

Det finns mycket lite aktuell kunskap om tvångsvårdens resultat och effekter för olika grupper av missbrukare. Det har gjorts få uppföljningsundersökningar och knappast någon vetenskapligt upplagd undersökning. Studier som möjliggör jämförelser mellan effekter av tvångsvård och andra vårdinsatser för tunga missbrukare saknas helt, liksom jämförelser mellan effekter av tvångsvård och utebliven vård.

Det är angeläget att genom kvalificerade forskningsinsatser följa tillämpningen av LVM och utvärdera de förändringar av lagstiftningen som beredningen föreslår i detta betänkande. Det är viktigt att noga följa effekterna av de insatta åtgärderna för olika grupper av missbrukare och att utveckla behandlingsprogrammen efter de vunna kunskaperna.

Bristen på kunskap gäller många områden. Beredningen vill peka på tre fält där forskningsinsatser framstår som särskilt angelägna.

Det första området gäller frågan hur tvångsvården påverkar klienternas situation. Det är nödvändigt med uppföljningsundersökningar som gör det möjligt att studera vårdens effekter för olika grupper av missbrukare när det gäller sociala, medicinska och psykologiska förhållanden. Det är vidare angeläget att kunna analysera tvångsvårdens resultat jämfört med om inga åtgärder alls satts in eller med andra, frivilliga behandlingsinsatser. Kunskap behöver också erhållas om tvångsvårdens effekter på längre sikt.

Det andra området gäller tvångsvårdens metoder. Vårdens syfte är att motivera klienterna till fortsatt behandling i frivilliga former. En del av klienterna har ett starkt motstånd mot vård. Att utveckla kunskap om metoder att nå och motivera även dessa är en central uppgift. Även i övrigt är det angeläget med en på kunskap grundad utveckling av behandlingsmetoderna. I beredningens förslag betonas vikten av utslussning från LVM-hemmen till vård i andra former, antingen på andra behandlingshem, i familjevård eller i öppenvård. Att granska villkoren för hur detta kan ske är en viktig uppgift för behandlingsforskningen.

Det tredje området rör vårdpersonalens arbetsvillkor och arbetsförhållanden. Att arbeta med tunga missbrukare i tvångsvård är en många gånger påfrestande och slitsam arbetsuppgift. Det är angeläget att vinna kunskap om hur arbetet kan organiseras så att personalens engagemang och kunskap tas tillvara på bästa sätt och att onödig nedslitning av vårdpersonalen kan förhindras.

Ett kvalificerat forsknings- och utvecklingsarbete bör enligt socialberedningens uppfattning komma till stånd inom detta område. Beredningen föreslår att delegationen för social forskning (DSF) får i uppdrag att lägga upp ett forskningsprogram som kan belysa bl a de ovan nämnda frågeställningarna. DSF bör härvid även överväga möjligheten att en del

av forskningen knyts direkt till ett eller ett par behandlingsprogram inom tvångsvården. Att en del av forskningen blir fältanknuten skapar bättre möjligheter för att forskningsprojekten blir relevanta för utvecklingen av nya behandlingsmetoder och att erhållna resultat snabbare får genomslag i det praktiska arbetet.

13.4.2 Statistiken

Den offentliga statistiken är en viktig källa till kunskap om vården för bl a planerare och beslutsfattare i kommuner och landsting. Den nuvarande statistiken har på en rad punkter anmärkningsvärda brister. Det gäller t ex uppgifterna om missbruksmedel där oklarheter i definitionerna medfört att uppgifterna blivit osäkra och svårtolkade.

Socialberedningen föreslår att statistiska centralbyrån ges i uppdrag att i samråd med socialstyrelsen genomföra en översyn av statistiken i syfte att göra den mer tillförlitlig och mer användbar för planeringen av vårdresurserna. Statistiska centralbyrån bör även få i uppdrag att med vissa intervall göra sammanställningar av den förda statistiken i syfte att belysa utvecklingen inom vårdområdet.

13.5 Sammanfattning

Antalet tvångvårdsplatser för vuxna missbrukare har reducerats kraftigt under senare år. Antalet platser som kan disponeras för vård enligt LVM uppgår år 1987 till omkring 1100 fördelade på 33 hem. Jämfört med de tillgängliga platserna för tvångsvård år 1982, då LVM trädde i kraft, rör det sig om en minskning med ca 350 platser eller med omkring en fjärdedel.

Under samma period har antalet intagningar enligt LVM ökat kraftigt. Ökningen under de år LVM har varit i kraft, dvs åren 1982—1986, uppgår till 33 procent. År 1986 gjordes drygt 1200 intagningar enligt LVM.

Platsantalet svarar till synes mer än väl mot behoven. I praktiken utnyttjas emellertid endast ca en fjärdedel av LVM-platserna för tvångsvård. Övriga platser disponeras av klienter som sökt sig frivilligt till vården.

Minskningen av resurserna för LVM-vård har medfört att de tillgängliga vårdplatserna nu är för få i förhållande till behoven. Bristen är särskilt påtaglig för narkotikamissbrukarnas del. Därtill kommer att behovet av platser vid hem för särskilt noggrann tillsyn klart överstiger de tillgängliga resurserna för sådan vård för såväl alkohol- som narkotikamissbrukarna. I vissa avseenden måste läget beskrivas som akut ohållbart. Situationen innebär att den beslutade LVM-vården i många fall aldrig kommer till stånd eller, i andra fall, att ingen tar initiativ till LVM-vård, trots att sådan vård framstår som starkt motiverad, eftersom adekvata vårdresurser inte finns att tillgå.

Tvångsvård av vuxna missbrukare är en utomordentligt svår behandlaruppgift, särskilt om ambitionerna sträcker sig längre än till att avvärja

en akut kris. Ju högre rehabiliteringsmålen sätts, desto svårare är uppgiften.

Den kraftiga ökningen av antalet narkotikamissbrukare som erhåller tvångsvård ställer vårdområdet inför svårbemästrade problem. Narkotikamissbrukarnas motstånd mot behandlingen är ofta massivt och de har som regel en omfattande kriminalitet eller prostitution bakom sig. Därtill kommer att en ökande andel är HIV-smittade och tidvis desperata. Mycket talar för att den växande gruppen av yngre, tunga alkoholmissbrukare har en problembild som i viktiga avseenden påminner om narkotikamissbrukarnas.

För båda dessa grupper är det med hänsyn till deras ålder och de risker som ett fortsatt tungt missbruk för med sig rimligt att arbeta med förhållandevis höga rehabiliteringsmål. Detta kräver en ny typ av kvalificerad tvångsvård som i dag i stort sett saknas. I dagsläget måste man, inte med minst med hänsyn till AIDS-hotet, prioritera en utbyggnad av särskilda resurser för narkotikamissbrukare. På längre sikt bör emellertid behandlingshem som vänder sig till både alkohol- och narkotikamissbrukare komma till stånd.

Frånsett de särskilda LVM-hem för narkotikamissbrukare som under det senaste året tillskapats i Stockholm och Malmö, har vi ännu ingen erfarenhet av den typ av tvångsvård det här är fråga om. Det står emellertid klart att uppgiften ställer stora krav på personaltäthet och på erfarenhet och kompetens hos personalen.

De största problemen när denna vårdsektor skall byggas ut kommer sannolikt att gälla personalrekryteringen. Stora insatser måste därför göras för att höja vårdområdets status. Härvid spelar åtgärder som stimulerar kunskaps- och metodutvecklingen inom vårdsektorn en viktig roll, bl a kontinuerlig handledning och fortbildning för personalen. Därutöver krävs att löner och övriga anställningsvillkor för personalen förbättras väsentligt.

Den i och för sig naturliga uppmärksamheten på de nya svårigheter som narkotikamissbrukarna ställer tvångsvården inför, får inte leda till att den del av LVM-vården, som fortfarande är den helt dominerande, nämligen vården av de äldre alkoholmissbrukarna, kommer i skymundan. Även den delen av tvångsvården är i behov av utveckling och förändring i flera avseenden. Det gäller såväl själva institutionsvården som uppföljningen i öppenvården, där bristerna i dag är betydande.

En central punkt i beredningens överväganden om LVM-vårdens uppläggning är att LVM-vården inte bör inskränkas till själva institutionsvistelsen. Inom ramen för den maximala vårdtiden bör vård i andra former oftast kunna prövas, som regel efter en inledande period på LVM-hemmet. Denna utslussning kan ske såväl till institutionsvård eller familjevård som till väl planerade vårdinsatser inom den öppna socialtjänsten. För de äldre missbrukarna torde det senare alternativet oftast bli aktuellt, medan många av de yngre bör kunna överföras från LVM-hemmet till olika typer av kollektiv och andra behandlingshem.

Beredningen anser att särskilda statliga medel för att utveckla LVM-vården, som komplement till det statsbidrag som nu utgår till missbrukarvård m m, är motiverade bl a med hänsyn till den extraordinära situa-

tion som HIV-epidemin har skapat. Ett sådan kompletterande statsbidrag bör vara inriktat på att stödja tillkomsten av kvalificerade LVM-resurser avsedda i första hand för narkotikamissbrukarna. Behovet av denna typ av behandlingsinriktad tvångsvård kommer emellertid sannolikt att växa — delvis till följd av förslag som beredningen lägger fram i detta betänkande — även inom gruppen yngre, tidigt socialt utslagna alkoholmissbrukare.

Eftersom kostnaderna för den kvalificerade LVM-vården är så väsentligt mycket högre än kostnaderna för annan institutionsvård inom detta område, bör staten genom det särskilda bidraget finansiera en viss del, exempelvis 40 procent, av kostnaderna för driften av dessa institutioner.

Bidraget bör utgå inte bara till LVM-hemmen utan också till den del av LVM-vården som skall äga rum utanför LVM-institutionen. Medlen, som bör utgå i form av projektbidrag, bör fördelas av en ledningsgrupp med företrädare för socialstyrelsen och de båda kommunförbunden. Till ledningsgruppen bör knytas en grupp av särskilt erfarna och kvalificerade behandlare, som bl a kan fungera som konsulter åt de lokala projekten.

Ledningsgruppen bör även få i uppdrag att skyndsamt inventera behoven av tillkommande LVM-resurser i de olika länen och att utarbeta en plan för hur den erforderliga utbyggnaden kan genomföras.

Beredningen understryker att ett ställningstagande till frågan om förstärkta resurser för LVM-vård bör ske med förtur.

Det är angeläget att genom kvalificerade forskningsinsatser följa tillämpningen av LVM och utvärdera de förändringar av lagstiftningen som socialberedningen föreslår i detta betänkande. Beredningen föreslår att delegationen för social forskning (DSF) i socialdepartementet får i uppdrag att lägga upp ett forskningsprogram inom detta område.

Den offentliga statistiken rörande LVM:s tillämpning uppvisar en rad allvarliga brister. Beredningen föreslår att statistiska centralbyrån får i uppdrag att i samråd med socialstyrelsen genomföra en översyn av denna statistik.

14 Ekonomiska konsekvenser av förslagen

I betänkandet föreslås vissa ändringar i LVM. De från kostnadssynpunkt viktigaste förslagen är följande. Grunderna utvidgas så att tvångsvård skall kunna komma i fråga på ett tidigare stadium av missbruket innan missbrukaren ännu har drabbats av medicinska skador. Lagen vidgas till att omfatta även missbruk av andra beroendeframkallande medel än alkohol och narkotika. Vårdtiden förlängs från högst fyra månader till högst sex månader. Socialnämnden föreslås utföra utredningen på länsstyrelsens uppdrag i ett LVM-ärende och föreslås få fatta beslut om omedelbart omhändertagande. Socialnämnden föreslås överhuvud taget få en aktivare roll i arbetet med missbrukaren.

Förslaget att utvidga grunderna så att tvångsvård kan bli aktuellt i ett tidigare skede av missbruket bör rimligtvis leda till att ett ökat antal bereds vård med stöd av LVM. Antalet kan inte uppskattas med någon större grad av exakthet men det är rimligt att anta att det kommer att behövas ytterligare 100—150 vårdplatser på LVM-hemmen för de yngre missbrukare som nu till följd av förslaget i ökad utsträckning kommer att bli föremål för tvångsvård.

På lite längre sikt kan det antas behövas ännu fler vårdplatser. Anledningen till detta är inte minst HIV-AIDS-epidemins utbredning bland de intravenösa narkotikamissbrukarna. Härtill kommer att förekomsten av adekvata vårdresurser kan leda till att socialnämnderna i ökad utsträckning kommer att ta initiativ till LVM-vård. En ökning på kort sikt av vårdresurserna kan således på längre sikt medföra ett allt kraftigare tryck på LVM-vården. I avsnitt 13.3 har beredningen diskuterat behovet av ett resurstillskott till LVM-vården. Det förordas bl a ett särskilt statsbidrag för utveckling av LVM-vården som komplement till det reguljära statsbidraget. Behovet av ett särskilt statsbidrag är inte enbart föranlett av beredningens förslag till ändringar i LVM. Det är också utvecklingen på missbruksområdet som motiverar ett sådant särskilt bidrag. HIV-epidemin är ett inslag. En ny behandlingsinriktad LVM-vård är ett annat. Utslussning och eftervård samt handledning och utbildning av personal innebär ökade kostnader. Det ingår inte i vårt uppdrag att göra någon närmare precisering av storleken på ett sådant statsbidrag. Det är emellertid uppenbart att det är fråga om stora kostnadsökningar.

Mot bakgrund av de ändrade förutsättningarna för LVM-vården och HIV-smittans utbredning bland narkotikamissbrukarna är det inte meningsfullt att försöka beräkna kostnaderna för beredningens förslag till

utvidgning av grunderna. Det är inte heller möjligt att fullgöra uppmaningen i direktiven att visa hur förslagen kan finansieras i form av rationaliseringar och omprövning av pågående verksamhet inom utredningsområdet.

Det är däremot helt klart att uteblivna insatser eller onödigt sena insatser på sikt kommer att medföra utomordentligt stora kostnader för samhället. Det måste ses som ekonomiskt lönsamt att satsa på narkomanvården. Det av regeringens AIDS-delegation beslutade målet är att alla intravenösa missbrukare skall nås med provtagning, avgiftning och behandling. Det är oundvikligt att behandlingen av dessa missbrukare i viss utsträckning måste äga rum inom LVM-vårdens ram. De ökade kostnaderna för stat och kommun till följd härav måste emellertid jämföras med den besparing i kostnader som en begränsning av HIV-smittans utbredning innebär. Överhuvud taget innebär ett minskat missbruk av såväl alkohol som narkotika stora kostnadsbesparingar för samhället.

Det är givetvis inte omöjligt att hävda att en omprövning kan ske på det sättet att resurser från vården av alkoholmissbrukare förs över till narkomanvården. En sådan överföring måste emellertid av flera skäl avrådas ifrån. Ett viktigt skäl är etiskt principiellt. Det är inte humant att lämna alkoholmissbrukarna åt deras öde. Ett annat skäl är att även en rehabiliterad alkoholmissbrukare spar stora kostnader för samhället. Det är vidare i ett ökande antal fall fråga om ett blandmissbruk. Många missbrukare använder olika slags droger. De unga alkoholmissbrukarna är en grupp som företer stora likheter med narkotikamissbrukarna vad gäller medicinsk ohälsa och socialt utanförskap. Att lämna denna grupp utan vård skulle inte innebära någon besparing på längre sikt.

Det skulle vidare kunna hävdas att resurser kunde föras över från den frivilliga vården till LVM-vården. Inte heller detta är emellertid någon lämplig lösning. En helt dominerande tanke i beredningens syn på LVM-vården är att denna bör utgöra ett kort led i en längre vårdkedja där huvuddelen av insatserna måste vila på frivillighet. Syftet med LVM-vården är att motivera den enskilde att frivilligt ta emot fortsatt behandling och stöd för att komma ifrån sitt missbruk. För många av de yngre missbrukarna förordar beredningen långvariga frivilliga vistelser på behandlingshem. En utbyggd LVM-vård leder således enligt beredningens mening till ett ökat behov av frivillig vård.

När det gäller förslaget att utöka den maximala vårdtiden till sex månader, bör det påpekas att erfarenheterna från tillämpningen av den nuvarande lagen är att en stor del av LVM-klienterna återkommer för ny LVM-vård mycket kort tid efter utskrivningen. Förslaget medför därför en viss minskning av kostnaderna för ansökan, offentligt biträde och processen i övrigt. Det är därför inte troligt att det blir några nämnvärda merkostnader till följd av ökad vårdtid.

Vidgningen av LVM till att omfatta missbrukare av andra beroendeframkallande medel än alkohol och narkotika kommer inte att medföra någon reell kostnadsökning för det allmänna. Det rör sig i första hand om en begränsad grupp svårt skadade missbrukare av lösningsmedel. Det blir närmast fråga om en omfördelning av kostnader från sjukvården och den öppna socialtjänsten till LVM-vården. Också här finns det stora

vinster att hämta för det allmänna, om LVM-vården leder till en rehabilitering.

Förslaget att socialnämnderna skall utföra LVM-utredningen på länsstyrelsens uppdrag, innebär en viss ökning av kostnaderna för kommunerna. Socialnämnden har redan i dag en skyldighet att inleda utredning när ett LVM-ärende aktualiseras. Merkostnaden för kommunen torde därför bli marginell. Förslaget innebär en viss lättnad i länsstyrelsens arbetsbörda. Den besparing som sålunda görs bör användas till en förstärkt tillsyn och handledning av socialnämnderna.

Förslaget att socialnämnden skall fatta beslut om omedelbart omhändertagande kan leda till en mindre kostnadsökning för kommunerna. I de fall som kommer i fråga har hittills oftast krävts medverkan av socialnämnden. Kostnadsökningen torde därför bli försumbar.

Förslagen i övrigt, som gäller aktivare insatser av socialnämnden, avser uppgifter som redan nu åvilar socialnämnden. Några kostnadsökningar torde inte behöva påräknas. Uppgifterna bör klaras genom organisatoriska förändringar. Exempel på sådana förändringar har diskuterats i kapitel 7. Som framgår av avsnitt 7.10 kan en effektivare organisation innebära ekonomiska vinster för kommunerna.

För hälso- och sjukvårdens huvudmän torde förslagen inte leda till några egentliga merkostnader.

15 Specialmotivering

15.1 Förslag till ny lag om vård av missbrukare i vissa fall

Förslaget innebär förändringar vad avser grunder, vårdtider, utredningsförfarandet och vissa beslutsbefogenheter. I övrigt har beredningen föreslagit en rad förtydliganden och en mera pedagogisk uppställning av lagen. Även om de sakliga ändringarna har krävt ingrepp i flertalet paragrafer, har det inte ansetts påkallat att ge lagen en ny rubrik — förändringarna i sak är inte av den omfattningen att en ny sådan behövs. Däremot bör lagen av praktiska skäl ges ett nytt SFS-nummer.

Inledande bestämmelser

Lagen inleds med rubriken Inledande bestämmelser i stället för rubriken Allmänna riktlinjer för vården.

Under denna rubrik har, förutom den nuvarande portalparagrafen, tagits in en bestämmelse som klargör LVM:s roll i förhållande till frivilligvård och en bestämmelse om syftet med vården.

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

Bestämmelsen överensstämmer i huvudsak med vad som stadgas i LVM i dess nuvarande lydelse. Enda skillnaden är att uttrycket alkohol, narkotika eller annat liknande beroendeframkallande medel föreslås i stället för enbart alkohol eller narkotika. Utvidgningen är föranledd av ändringen av förutsättningarna för tvångsvård vilken kommenteras närmare under specialmotiveringen till 4 §.

2 § Vård inom socialtjänsten av en missbrukare skall ges i samförstånd med den enskilde enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (1980: 620).

En missbrukare skall dock beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i denna lag (tvångsvård).

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

Bestämmelserna i *första och andra styckena* är nya. De har kommit till för att klargöra LVM:s roll i förhållande till frivillig vård. Den frivilliga vården ges enligt socialtjänstlagen medan missbrukarvård oberoende av den enskildes samtycke ges enligt LVM. Sådan vård som ges med stöd av LVM kallas tvångsvård.

Bestämmelsen i *tredje stycket* motsvarar nuvarande 14 § första stycket. Bestämmelsen har flyttats fram eftersom även den klargör LVM:s roll i förhållande till socialtjänstlagen. Hänvisningen till socialtjänstlagen innebär bl a att principerna om helhetssyn, normalisering, kontinuitet, flexibilitet och närhet skall gälla. (Jfr prop 1981/82:8 sid 89.)

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

Denna bestämmelse, som är ny, anger syftet med tvångsvården. Syftet är att motivera missbrukaren att frivilligt ta emot fortsatt behandling för att komma ifrån missbruket. Syftesbestämningen kan sägas dels peka framåt på ett mera långsiktigt mål, nämligen frihet från missbruket, dels uttrycka ett mera kortfristigt mål, nämligen motivation till frivillig vård. Genom vården uppnår man dessutom den effekten att ett fortgående missbruk avbryts.

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

Beredande av vård

Under rubriken Beredande av vård har grunderna för vård arbetats om till en paragraf. Regeln om anmälningsskyldighet i nuvarande 30 § har förts in under rubriken. Bestämmelserna om ansöknings- och utredningsförfarandet har med anledning av föreslagna ändringar delats upp på flera paragrafer.

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

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

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

De förutsättningar för tvångsvård som anges i paragrafen motsvarar nuvarande 2 § och 3 § LVM. Begreppet fortgående missbruk avser liksom nu att missbruket skall ha viss varaktighet. För att man skall kunna tala om missbruk av t ex alkohol måste det röra sig om en inte alltför obetydlig konsumtion.

Till skillnad från nuvarande ordning omfattar bestämmelsen förutom missbruk av alkohol och narkotika även missbruk av annat beroendeframkallande medel. Beredningens avsikt med tillägget är att i första hand fånga upp det mycket allvarliga missbruk av flyktiga lösningsmedel som förekommer i inte obetydlig omfattning bland vuxna. De medel som missbrukas är t.ex. toulen, trikloretylen, xylen och bensen. Dessa ämnen finns i bl.a. thinner, lim, färger, fläckborttagningsmedel och som drivgas i sprayförpackningar. Uttrycket beroendeframkallande medel avser att täcka även läkemedel som inte är klassade som narkotika men som i framtiden kan komma att missbrukas på ett sådant sätt att LVM behöver tilllämpas. Beredningen avser preparat vilka kan framkalla ett beroende och kan leda till sådana allvarliga medicinska eller sociala skador hos den som missbrukar det, som alkohol och narkotika kan ge.

Det kan i sammanhanget erinras om att i LVU används begreppet beroendeframkallande medel. Den särskilt förordnade utredningsman som har sett över LVU, (Ds S 1987:3) Översyn av LVU, har inte föreslagit någon ändring härvidlag.

I den allmänna motiveringen har utförligt kommenterats att ordet *trängande* har mönstrats ut ur lagen.

Medan nuvarande bestämmelser stadgar att missbrukaren oberoende av eget samtycke *kan* beredas vård anges här att tvångsvård *skall* beslutas, om rekvisiten i paragrafen är uppfyllda. Anledningen till det är att, om missbrukaren eller hans närstående befinner sig i så allvarlig fara som lagen anger och frivilliga insatser inte hjälper, samhället måste ingripa. Genom ordet *skall* markeras detta ansvar. Även i LVU används ordet skall i motsvarande fall. Utredningsmannen har i betänkandet Översyn av LVU inte föreslagit någon ändring i detta hänseende. Lydelsen *oberoende av eget samtycke* återfinns i den föreslagna 2 § andra stycket.

För beslut om tvångsvård måste man också konstatera att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller annan lag. Vårdbehovet kan naturligtvis i vissa fall tillgodoses utan inblandning av något offentligt organ. För att inte missförstånd skall uppstå bör detta framgå av lagtexten. Uttrycket eller annan lag har därför ersatts med uttrycket eller på något annat sätt. Därmed innefattas också insatser enligt andra lagar. De andra lagar som här främst kan komma i fråga är LVU och LSPV. Om någon av dessa lagar är tilllämpliga i det enskilda fallet, skall den alltså tillämpas före LVM. Rätten får dock förordna om vård enligt LVM, även om missbrukaren vårdas enligt LSPV under en kortare tid. Det framgår av andra stycket. Avgränsningen mot LVU och LSPV bygger på principen att man vid varje tidpunkt skall sträva efter att finna de för missbrukaren mest tjänliga insatserna (prop 1981/82:8 sid 42). Om han är ung, är den vård som kan ges enligt LVU som regel bäst ägnad att tjäna detta syfte. Är han psykiskt sjuk av den art och grad att han oundgängligen är i behov av vård på sjukhus för en längre tid och LSPV:s indikationer i

övrigt är uppfyllda, bör vården normalt ges med stöd av LSPV utan att vård enligt LVM beslutas. Enligt förarbetena (prop 1981/82:8 sid 75) åligger det länsstyrelsen att i målet förebringa utredning om andra vårdlagars tillämplighet på fallet.

De författningar som nu nämnts är vårdlagar som sätter den enskildes bästa i första rummet. LVM:s avgränsning mot smittskyddslagen har däremot en annan karaktär. Smittskyddslagens bestämmelser avser att skydda befolkningen mot smittspridning. Det är snarare samhällets intresse än den enskilde individens som skall tas till vara. Genom smittskyddslagen skall befolkningen skyddas mot att vissa smittsamma sjukdomar får stor utbredning. Den enskildes behov av sjukvård när han drabbas av smitta är det i stället sörjt för genom hälso- och sjukvårdslagen. Detta innebär att LVM och smittskyddslagen skall tillämpas oberoende av och vid sidan av varandra. Att en missbrukare är smittad av exempelvis gonorré eller HIV hindrar inte att han bereds vård enligt LVM, om LVM:s övriga rekvisit är uppfyllda och om det kan godtas från smittskyddssynpunkt. Han är under vistelsen på LVM-hemmet underkastad smittskyddslagens regler om t ex skyldighet att följa läkarens föreskrifter om åtgärder för att hindra smittospridning. Om en missbrukare som bereds vård med stöd av LVM på ett LVM-hem skulle drabbas av en allmänfarlig sjukdom eller av en venerisk sjukdom och det finns grundad anledning att befara att han sprider smitta på LVM-hemmet, kan han med stöd av smittskyddslagens regler mot sin egen vilja tas in på ett sjukhus. Det finns således inget som hindrar att någon som vårdas enligt LVM blir föremål för åtgärder enligt smittskyddslagen, om hänsynen till smittskyddet så kräver.

Om det vid ansökan om LVM-vård också skulle föreligga en ansökan om intagning på sjukhus enligt smittskyddslagen har, i enlighet med det ovan sagda, smittskyddsaspekterna alltid företräde. Om smittskyddslagens förutsättningar för intagning på sjukhus är uppfyllda, kan inte något annat intresse tillåtas ta över. I vissa fall kan man dock finna att intagning på ett LVM-hem innebär att det inte längre finns grundad anledning att befara att smitta skall spridas. Kan det godtas från smittskyddssynpunkt, bör i sådant fall intagning på ett LVM-hem kunna ske. I de fall det kan befaras att missbrukaren kommer att sprida smitta på hemmet eller sedan han avvikit från hemmet, återstår bara intagning på sjukhus enligt smittskyddslagen. I sammanhanget kan erinras om att det från och med den 1 januari 1987 införts (prop 1986/87:2) en möjlighet att överföra en narkotikamissbrukare som är intagen på sjukhus med stöd av smittskyddslagen till en institution där han kan få adekvat vård och behandling för sitt missbruk. En sådan överflyttning förutsätter att missbrukaren går med på den. Vid vistelsen på institutionen anses intagningen vid sjukhuset bestå.

För tvångsvård krävs vidare att det föreligger sådana omständigheter som anges i endera av punkterna 1, 2 eller 3. Rekvisiten i punkten 1 har utförligt kommenterats i avsnitt 9.2.3. Beredningen vill framhålla att rätten skall göra en helhetsbedömning av missbrukarens personliga förhållanden. Omständigheter som skall beaktas är inte bara faran för hans fysiska eller psykiska hälsa utan även att han till följd av missbruket

allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt. Allvarlig försämring av levnadsförhållandena i övrigt tar sikte på omständigheter som vid en helhetsbedömning närmast framstår som avgörande för den enskildes fortsatta liv och välfärd. Det är fråga om ett socialt utanförskap till följd av missbruket. Missbruket spelar, i de fall som här avses, en helt dominerande roll i den enskildes liv. Han har till följd av missbruket exempelvis tappat sin anknytning till arbetsmarknaden och hamnat utanför normala sociala relationer. Det krävs alltså att det är fråga om en utomordentligt allvarlig situation. Det ligger å andra sidan i ordet försämrar att den enskildes livsituation inte redan är helt förödd. Det kan handla om personer som är på väg att alldeles förlora sin sociala förankring. I sådana situationer måste samhället ingripa med tvångsvård även om hälsan i strikt medicinsk mening ännu inte kan anses allvarligt hotad.

Punkt 2 syftar framför allt på risken för självmord och är helt hämtad från nuvarande lag.

Punkt 3. Behovet av rekvisitet har utförligt kommenterats i den allmänna motiveringen. Med närstående avses enligt propositionen 1981/82:8 (sid 76) främst nära anhöriga som står i ett sådant beroendeförhållande till missbrukaren att de t ex kan tveka att göra en polisanmälan om hot eller misshandel. I regel bör enligt motivuttalandena som sådana anhöriga räknas make och varaktigt sammanboende, barn, föräldrar och syskon, i samtliga fall även om de inte längre har gemensam bostad med missbrukaren. I förevarande bestämmelse avses samma krets av personer.

Andra stycket har endast ändrats redaktionellt.

5 § Länsrätten beslutar i fråga om att bereda någon tvångsvård.

Ändringen är endast språklig. Bestämmelsen finns i nuvarande 4 §.

6 och 7 §§

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

En läkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med en missbrukare som kan antas vara i behov av vård enligt denna lag skall anmäla detta till länsstyrelsen, om den vårdbehövande inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

7 § Länsstyrelsen skall inleda utredning, om det genom anmälan enligt 6 § eller på något annat sätt, kommit till dess kännedom att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård.

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

Bestämmelserna i 6 § och 7 § andra stycket återfinns i dag i 30 § LVM. De har flyttats fram för att det klarare skall framgå på vilket sätt ett LVM-ärende kan initieras. I detta syfte har också i 7 § första stycket som en

nyhet intagits en bestämmelse om när länsstyrelsen skall inleda utredning enligt lagen. Övriga ändringar i 7 § är av språklig och redaktionell natur. Med att *inleda utredning* förstås inte bara att den skall påbörjas genom att uppgifter inhämtas från andra myndigheter utan även att länsstyrelsen har ett ansvar för att utredningen fullföljs. Jämför kommentarerna till 50 § SoL i prop. 1979/80:1 (Del A sid 562). Av föreslagna 37 § framgår att utredningen skall handläggas skyndsamt.

8 § Socialnämnden skall lämna länsstyrelsen en redogörelse för missbrukarens förhållanden och för tidigare vidtagna och för planerade åtgärder. Socialnämnden skall också ange i vilket hem intagning kan ske och vilken vård utanför hemmet som planeras, om intagning sker.

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

I bestämmelsen åläggs socialnämnden vidare att lämna länsstyrelsen en redogörelse för den enskildes aktuella situation och för tidigare vårdinsatser. Socialnämnden skall också ange vilka åtgärder som planeras från nämndens sida. Enligt 54 § SoL skall i ärenden hos socialnämnden som avser myndighetsutövning mot enskild gälla förvaltningslagens bestämmelser om rätt till insyn, kommunikation, rätt att meddela sig muntligt m m. Dessa bestämmelser gäller även när det är fråga om ett yttrande till en annan myndighet i ett mål eller ärende som rör myndighetsutövning mot enskild hos denna. Detta innebär att förvaltningslagens regler om kommunikation m m. skulle bli tillämpliga om socialnämnden skulle avge ett yttrande till länsstyrelsen i ett LVM-ärende. Ett sådant förfarande skulle innebära risk för dubbel process med muntlig inställelse på ett sammanträde med socialnämnden m m. För att undvika en sådan ordning stadgas i 8 § att socialnämnden skall lämna en redogörelse för missbrukarens förhållanden i olika avseenden. Det uppdras alltså åt nämnden att föranstalta om en utredning som inte skall mynna ut i ett förslag. Utredarens uppgift blir endast att samla in och sammanställa fakta och upplysningar. Eftersom det inte blir fråga om något egentligt yttrande från nämnden blir förvaltningslagens regler om kommunikation m m inte tillämpliga (se betänkandet, SOU 1987:7, Barnets rätt 3. Om barn i vårdnadstvister — talerätt för barn m m, sid 176). Missbrukaren får möjlighet att yttra sig över redogörelsen hos länsstyrelsen och inför domstolen. Länsstyrelsen får dra slutsatserna av utredningsmaterialet och inför domstolen utveckla argumenten för vård.

Även om det är socialnämnden som utför själva utredningsarbetet, är det som nämnts vid 7 § länsstyrelsen som har ansvaret för att utredningen blir fullständig. Länsstyrelsen kan låta komplettera utredningen genom att uppmana socialnämnden att vidta någon ytterligare utredningsåtgärd. Länsstyrelsen kan naturligtvis också själv välja att träffa missbrukaren om utredningen inte kan bli fullständig på annat sätt.

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

Socialnämnden har ett vårdansvar för missbrukaren. Detta innebär bl a att det är socialnämnden som skall anordna insatser för missbrukaren utanför LVM-hemmet, om intagning sker (se 26 §). Socialnämnden bör mycket tidigt, redan under utredningsförfarandet, ange vilken vård utanför LVM-hemmet som bör komma i fråga när vården där upphör. Det är angeläget för vårdens resultat att LVM-vården utnyttjas för sådana insatser. På grund härav skall en plan över vården normalt ingå i utredningen när länsrätten bedömer om LVM-vård kan anses befogad. Det ligger i sakens natur att en långtgående konkretisering av planerna inte alltid är möjlig. En översiktlig planering bör dock alltid kunna ske.

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

I denna bestämmelse slås fast att en tjänsteman hos nämnden skall utses till kontaktman för den enskilde. Bestämmelsen har sin motsvarighet i nuvarande 14 §. Den har flyttats fram för att markera att kontaktmannen skall utses redan under utredningstiden. Erfarenheterna visar att den enskilde behöver stöd även under utredningstiden. Avsikten är att kontaktmannen skall följa missbrukaren under hela vårdtiden. Det är naturligt att han även får ansvaret för nämndens insatser därefter. Om utredningen skulle visa att vård enligt LVM inte är befogad är det likaledes naturligt att kontaktmannen svarar för de eventuella frivilliga insatser som kan komma i fråga. Behövs inte heller några sådana från nämnden sida, kan kontaktmannen givetvis entledigas. Till kontaktmannens uppgifter hör att informera den enskilde om vilka regler som gäller för vården. En annan viktig uppgift är att förmedla kontakt med andra i missbrukarens närhet som kan bistå denne. Detta förutsätter givetvis samtycke från den enskilde.

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

Bestämmelsen motsvarar delar av nuvarande 25 § och 5 § LVM. Som framgår av den allmänna motiveringen, avsnitt 10.5, skall läkaren inte uttala sig om huruvida de närmare förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda. Intyget skall enbart innehålla en redogörelse för den enskildes aktuella hälsotillstånd. Det är länsrätten som har att göra bedömningen om förutsättningar för tvångsvård föreligger. Läkarundersökning behöver inte ske om det är *uppenbart obehövligt*. Därmed avses t ex det fallet att ett aktuellt läkarintyg redan finns i ärendet.

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

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

Om ansökan inte innehåller läkarintyg eller om det behövs av andra skäl, får rätten föranstalta om läkarundersökning.

Bestämmelsen motsvarar i huvudsak nuvarande 5 §. Länsstyrelsen skall i sin ansökan ange vilka omständigheter som åberopas som stöd för ansökan. Länsstyrelsen skall bifoga socialnämndens redogörelse för missbrukarens förhållanden m m och i normalfallet läkarintyget.

Bestämmelsen i *tredje stycket* finns i nuvarande 25 § men har kompletterats med avseende på det fallet att rätten av något skäl anser sig behöva ett nytt intyg.

12 § Socialnämnden skall se till att rättens beslut om tvångsvård verkställs genom att missbrukaren bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 23 § första stycket, på sjukhus.

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

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

Bestämmelsen motsvarar i stora delar nuvarande 6 §. Genom den föreslagna lydelsen i *första stycket* anges tydligare vad socialnämndens verkställighetsåtgärder avser. I verkställigheten ingår att se till att missbrukaren får en plats på ett LVM-hem och att han inställer sig på hemmet. Om socialnämnden finner att missbrukaren behöver sjukhusvård skall nämnden se till att han bereds plats på ett sjukhus för inledande sjukhusvård. Att själva beslutet om intagning på ett LVM-hem fattas av den som förestår vården framgår av 24 § i den föreslagna lagen. Av 45 § framgår att polismyndigheten skall bistå socialnämnden med att genomföra ett vårdbeslut.

Bestämmelsen i *andra stycket* har anpassats till motsvarande bestämmelse i LVU. Tidsfristen har sålunda utökats från två till fyra veckor räknat från den dag rättens beslut vann laga kraft. Genom den föreslagna ändringen motverkas att beslutet om vård hinner förfalla, om missbrukaren håller sig undan.

Bestämmelsen i *tredje stycket* har tillkommit som en följd av beredningens förslag i 21 § om beräkning av vårdtiden. Som vårdtid skall enligt förslaget i 21 § inte räknas den tid då missbrukaren har avvikit från ett LVM-hem eller då han är häktad eller intagen på en kriminalvårdsanstalt. Detta innebär att vårdtiden förlängs med den tid som missbrukaren varit avviken eller intagen i häkte eller kriminalvårdsanstalt. Om missbrukaren i något fall skulle vara avviken eller intagen under en längre tid — mer än sex månader i följd — skall enligt föreslagna 12 § tredje stycket beslutet om tvångsvård upphöra att gälla. Efter en så lång tid är det rimligt att domstol avgör om förutsättningar för vård fortfarande är för handen. Det fordras alltså ett nytt ansöknings- och domstolsförfarande

för att missbrukaren efter denna tid skall kunna vårdas med stöd av LVM.

Omedelbart omhändertagande

Ändringarna under rubriken Omedelbart omhändertagande är främst föranledda av att socialnämnden vid sidan av polisen ges möjlighet att besluta om omedelbara omhändertaganden. En ny regel om anmälningar från läkare om behov av omedelbart omhändertagande har dessutom införts. Vidare har bestämmelsen om att socialnämnden skall föranstalta om att den omhändertagne bereds vård förtydligats och förts in under rubriken.

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

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

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

När länsstyrelsen har ansökt om tvångsvård med stöd av lagen, kan även rätten besluta att missbrukaren omedelbart skall omhändertas.

I *första stycket* som har sin motsvarighet i 8 § nuvarande lydelse, har införts en möjlighet för socialnämnden att vid sidan av polismyndigheten besluta om omedelbara omhändertaganden. Se vidare avsnitt 11.4.2. Avsikten med regleringen är att den av myndigheterna som träffar på en missbrukare själv skall kunna få till stånd ett omedelbart omhändertagande. Polisen skall alltså även fortsättningsvis kunna ta om hand missbrukare omedelbart om man träffar på personer i behov härav i sin verksamhet och man har ett tillräckligt underlag för att kunna fatta ett sådant beslut. Likaså skall socialnämnden besluta om omedelbart omhändertagande i fall där dess företrädare har uppmärksammat missbrukare som behöver tas om hand.

Det kan uppkomma situationer där det kan uppstå tveksamhet om vilken myndighet som skall besluta om ett visst omhändertagande. Den situation som främst kan befaras uppkomma är att polismyndigheten har träffat på en missbrukare som förefaller vara i behov av omhändertagande men beträffande vilken polisen inte har tillräckligt mycket uppgifter för att kunna bedöma om han skall omhändertas. I en sådan situation får polismyndigheten med stöd av 3 § polislagen underrätta socialnämnden om problemet. Socialnämnden har då en skyldighet att ingripa, om det visar sig föreligga ett behov av omhändertagande. Det förtjänar att särskilt betonas att den ena myndigheten inte får undandra sig att fatta beslut med hänvisning till den andra, om tillräckligt underlag för beslut föreligger. Se vidare avsnitt 11.4.5.

Andra stycket. För att göra det möjligt att snabbt fatta beslut, har en bestämmelse om s k ordförandebeslut införts dvs ordföranden eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat fattar beslut i socialnämndens ställe. Regeln motsvarar vad som stadgas i 6 § andra stycket LVU.

Tredje stycket motsvarar nuvarande 8 § andra stycket.

14 § Ett beslut om omedelbart omhändertagande skall genast underställas länsrätten. Länsstyrelsen skall genast underrättas om beslutet. Har polismyndigheten fattat beslutet, skall myndigheten genast underrätta socialnämnden om sitt beslut.

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

Paragrafen, som har sin motsvarighet i nuvarande 9 § första och tredje styckena, har omredigerats främst med tanke på att även socialnämnden skall kunna besluta om omedelbara omhändertaganden.

Första stycket. Stadgandet om att ett omedelbart omhändertagande *genast* skall underställas länsrätten har bibehållits. När det gäller omedelbara omhändertaganden enligt 6 § LVU har socialnämnden ålagts att underställa sitt beslut inom en vecka från den dag beslutet fattades. Denna längre frist i LVU har motiverats med att ett relativt omfattande utredningsarbete kan återstå i LVU-fallen även sedan ett omhändertagande har beslutats. I LVM har man stannat för att ge polisen en betydligt kortare frist. Detta har i propositionen (sid 82) motiverats just med att relativt begränsade utredningar behöver göras i dessa ärenden och att det är angeläget att en domstol snarast får pröva frihetsberövandet. Det föreligger inte tillräckligt starka skäl för att ge socialnämnden en längre frist när det gäller att underställa ett omedelbart omhändertagande enligt LVM än vad som gäller för polismyndigheten. Det blir en uppgift för socialnämnden att se till att det skapas ändamålsenliga rutiner inom socialförvaltningen för omedelbara omhändertaganden. Se vidare den allmänna motiveringen, avsnitt 11.4.5.

Andra stycket motsvarar nuvarande 9 § tredje stycket.

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

1. yttra sig skriftligen till rätten inom en viss angiven tid,
2. begära muntlig förhandling och
3. erhålla offentligt biträde enligt rättshjälpslagen (1972:429).

Han skall också upplysas om att rätten kan komma att avgöra målet även om yttrande inte lämnas.

Bestämmelsen, som motsvarar delar av nuvarande 9 § första stycket, har ändrats redaktionellt. Regeln om att det är polismyndigheten som skall låta den omhändertagne få del av handlingarna och som skall underrätta honom om vissa förhållanden har dessutom ändrats till att det är den myndighet som har beslutat om omhändertagandet som skall göra detta. Polisen är ju enligt den föreslagna ordningen inte alltid berörd i ett ärende om omedelbart omhändertagande. Det kan förekomma fall där miss-

brukaren aldrig vistas hos polisen utan t ex förs direkt till ett LVM-hem av socialsekreteraren. Det är därför lämpligt att den myndighet som har omhändertagit missbrukaren ombesörjer dessa uppgifter. Reglerna om underrättelse gäller även i fall där omhändertagandet enligt föreslagna 14 § andra stycket beslutats efter det att länsstyrelsen ansökt om vård.

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

Paragrafen motsvarar nuvarande 9 § andra stycket. Här har emellertid införts en nyhet som består i att fristen för rättens prövning räknas från det att omhändertagandet har verkställts, i de fall beslutet inte var verkställt när det underställdes. Regeln tar sikte på socialnämndens omhändertaganden. Se vidare den allmänna motiveringen avsnitt 11.4.5.

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

Om länsrätten häver omhändertagandet på den formella grunden att någon ansökan om vård inte kommer att göras, utan att själv pröva om det föreligger skäl för ett omhändertagande, förfar länsrätten enligt beredningens uppfattning principiellt felaktigt. Länsrättens bedömning skall i stället grunda sig på den utredning som finns i ärendet. Mot bakgrund av denna utredning har länsrätten att självständigt pröva om det är sannolikt att en ansökan om vård skulle kunna beviljas. Om rätten finner att så är fallet och att rekvisiten för omhändertagande i övrigt är uppfyllda, skall omhändertagandet fastställas, med de följder för länsstyrelsens ställningstagande som detta kan ha.

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

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

Paragrafen motsvarar 10 § nuvarande lydelsen.

Första stycket. Förutom vissa redaktionella ändringar har formuleringen *görs inte ansökan* i andra meningen nuvarande lydelse, ändrats till *har ansökan inte kommit in*, för att bättre stämma överens med tidsfristen i första meningen samma stycke.

18 § En läkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med en missbrukare som kan antas omedelbart behöva tas om hand enligt denna lag skall anmäla detta till

socialnämnden, om missbrukaren inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

I paragrafen införs en regel som ålägger en läkare att anmäla behov av omedelbart omhändertagande direkt till socialnämnden om behovet av vård inte kan tillgodoses inom sjukvården. Regeln har införts för att en läkare om det är brådskande inte skall behöva vänta med att göra en anmälan om vårdbehov till dess länsstyrelsen kan ta emot en sådan. Det medför också att den myndighet som tar emot anmälan direkt kan fatta beslut. Se vidare den allmänna motiveringen, avsnitt 11.4.3.

19 § Socialnämnden skall se till att den som är omedelbart omhändertagen utan dröjsmål bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 23 § första stycket, på sjukhus.

Paragrafen har delvis sin motsvarighet i nuvarande 12 § andra stycket. Stadgandet har emellertid gjorts tydligare och har anpassats till det förhållandet att ett beslut om omedelbart omhändertagande skall kunna fattas av både socialnämnden själv och polismyndigheten. I det förstnämnda fallet, när socialnämnden har beslutat om omhändertagandet, innebär bestämmelsen att nämnden skall ordna plats vid ett LVM-hem eller ett sjukhus och, om så behövs, begära biträde av polisen för att inställa missbrukaren vid LVM-hemmet eller på sjukhuset. Medan en plats ordnas får missbrukaren tillfälligtvis förvaras i häkte eller arrestlokal. Det ligger ett särskilt ansvar på socialnämnden att se till att den tiden blir så kort som möjligt vilket har berörts av JO i hans beslut den 26 juni 1986 (JO:s dnr 3124-1985). Se vidare den allmänna motiveringen, avsnitt 11.4.5.

Vårdtid

Rubriken Vårdtid är ny. Här upptas bestämmelser om när vården skall upphöra och hur tiden beräknas.

20 § Tvångsvården skall upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader (vårdtid). Vården påbörjas genom beslut om intagning och upphör genom beslut om utskrivning enligt 24 §.

I bestämmelsen, som motsvarar nuvarande 7 §, anges när den beslutade tvångsvården skall upphöra. Vården skall upphöra när syftet med vården är uppnått. Syftet är som framgår av föreslagna 3 § att motivera missbrukaren att frivilligt ta emot fortsatt behandling och stöd för att komma ifrån missbruket. Om detta syfte har uppnåtts, skall tvångsvården upphöra. Enbart det förhållandet att den intagne själv förklarar sig motiverad att ta emot frivillig vård är inte tillräckligt. Det måste göras en noggrann prövning i varje enskilt fall. Om syftet inte uppnås, får vården pågå högst sex månader från det att den påbörjades.

I bestämmelsen anges uttryckligen vad som tidigare framgått endast av förarbetena (prop 1981/82:8 sid 78), nämligen att vården påbörjas genom beslut om intagning. Beslutet fattas enligt föreslagna 24 § (nuvarande 13 § första stycket) av den som föreståt vården. Vården upphör genom

beslut om utskrivning, vilket också enligt 24 § fattas av föreståndaren. Bestämmelsen om utskrivning motsvarar nuvarande 7 § sista meningen.

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

Den maximala vårdtiden föreslås sålunda utökad från fyra till sex månader. Huvuddelen av LVM-klienterna är alkoholmissbrukare i åldrarna 30 år och äldre. För dessa finns i allmänhet inget behov av en så lång institutionsvistelse. Vårdtiden på LVM-hemmet för denna grupp bör liksom nu som regel kunna begränsas till någon eller ett par månader. Det är däremot väsentligt att institutionsvistelsen följs av stöd och behandling i öppna program på hemorten. Det blir en viktig uppgift för socialnämnden att se till att denna grupp av missbrukare efter en kortare tid på LVM-hemmet möts av adekvata vårdformer utanför LVM-hemmet. LVM-hemmets styrelse föreslås få uppgiften att övervaka att de intagna tidigt får möjlighet att pröva vård i andra former.

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

Beredningen vill framhålla att vårdtiden på ett LVM-hem endast i undantagsfall kommer att kunna uppgå till sex månader. Genom beredningens förslag beträffande institutet vård i annan form (se 26—28 §§ den föreslagna lagen) ges goda förutsättningar för en tidig utslussning från LVM-hemmet. Ett viktigt motiv för en förlängd vårdtid är just möjligheten att i ett inledningsskede omgärda vård utanför LVM-hemmet med ett visst tvång.

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

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

Som framhållits i den allmänna motiveringen är det anmärkningsvärt vanligt med avvikningar från LVM-hemmen. Den föreslagna bestämmelsen innebär att tid under vilken missbrukaren är avviken inte skall räknas som vårdtid. Det är endast olovliga vistelser ser utanför LVM-hem som avses. Om missbrukaren under vårdtiden på försök har förts över till vård i annan form enligt den föreslagna 26 §, räknas detta givetvis inte som en olovlig vistelse utanför hemmet. En missbrukare som

under vårdtiden genomgår ett behandlingsprogram utanför hemmet och som på nytt börjar missbruka eller håller sig undan från behandlingen skall hämtas åter till LVM-hemmet. Om missbrukaren efter beslutet om återhämtning håller sig undan, skall den tiden inte räknas in i vårdtiden.

Av 12 § tredje stycket framgår att beslutet om vård upphör att gälla om avvikningen eller intagningen i häkte eller kriminalvårdsanstalt varar längre tid än sex månader i följd.

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

Vården

Under rubriken Vården har införts förtydliganden när det gäller socialnämndens ansvar för den enskilde. Bestämmelserna har delats upp i flera paragrafer. Reglerna om förlängning av vårdtiden har tagits bort och en ny bestämmelse om anmälningar till styrelsen för LVM-hemmet har införts.

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

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

Bestämmelsen har sin motsvarighet i 11 § första och fjärde styckena LVM. Reglerna i nuvarande 11 § andra och tredje styckena om styrelse m m för ett hem återfinns i den föreslagna 48 §.

Av språkliga och lagtekniska skäl har de hem som anges i paragrafen kallats för LVM-hem. Ordet används i dag i det praktiska språkbruket. Även övriga ändringar i paragrafen är av språklig natur. Det har också ansetts onödigt att särskilt hänvisa till 23 § SoL.

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

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

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

Bestämmelsen, som avser inledande sjukhusvård, motsvarar delvis nuvarande 12 §. Tredje stycket är nytt.

Första och andra styckena har fått en ny språklig utformning men motsvarar i sakligt hänseende nuvarande 12 § första stycket.

I *tredje stycket* har införts en skyldighet för överläkaren att se till att socialnämnden eller föreståndaren vid ett LVM-hem underrättas om en missbrukare vill lämna sjukhuset. Med överläkaren avses den läkare som har det medicinska ledningsansvaret vid sjukhusenheten. Om missbrukaren redan hunnit avvika skall underrättelse också ske. Sjukhuspersonalen får efter beslut av överläkaren hindra missbrukaren att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att ordna transport till ett LVM-hem direkt eller via t ex polisen. Bakgrunden till den föreslagna bestämmelsen har kommenterats utförligt i den allmänna motiveringen, avsnitt 12.2.

Den kvarhållningsrätt som införs gäller under kortast möjliga tid. Det förutsätts att alla berörda ser till att transporten från sjukhuset sker skyndsamt. När missbrukaren transporterats från sjukhuset upphör överläkarens ansvar.

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

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

Paragrafen motsvarar nuvarande 13 § första och andra styckena.

Genom intagningsbeslutet påbörjas vården och vårdtiden börjar att räknas. Föreståndaren fattar sitt beslut om intagning den dag missbrukaren inställs på LVM-hemmet. Om vården inleds på ett sjukhus, fattar föreståndaren intagningsbeslutet samma dag som missbrukaren tas in på sjukhuset varvid vårdtiden börjar löpa. Förutom ett beslut om intagning fordras inskrivning i LVM-hemmet. Om inskrivning finns bestämmelser i 17—20 §§ socialtjänstförordningen. Inskrivningen reglerar förhållandena mellan socialnämnden och LVM-hemmet. Nämnden ansöker om inskrivning och föreståndaren beslutar om inskrivning. Beslutet innebär bl a att det finns en plats på hemmet för missbrukaren.

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

Bestämmelsen motsvarar nuvarande 13 § tredje stycket. Av redaktionella skäl har bestämmelsen tagits in i en egen paragraf. Ändringarna i övrigt är språkliga.

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

Socialnämnden skall se till att vården anordnas.

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

Första stycket motsvarar i huvudsak nuvarande 15 §. Den intagne skall så snart det är möjligt få tillfälle att pröva vårdformer vid sidan av LVM-institutionerna. Med detta avses såväl institutionsvård som vård i öppna former. Den institutionsvård som kan komma i fråga är både kommunalt drivna behandlingshem och institutioner med enskild huvudman. Familjevård för vuxna missbrukare eller väl planerade öppenvårdsprogram av olika slag kan vara lämpliga alternativ. I begreppet vård i annan form ingår således en mångfald av olika tänkbara vårdalternativ. Det gemensamma är emellertid att det alltid måste ingå en adekvat behandling i vården. Det får inte förekomma att någon bereds möjlighet att vistas utanför LVM-hemmet utan att han ingår i något vårdprogram. För att markera detta har orden "eller vistas i eget hem" i nuvarande 15 § mönstrats ut ur den föreslagna lagtexten. Inget hindrar dock att missbrukaren bor hemma och deltar i ett program.

Som framgår av den allmänna motiveringen (avsnitt 12.1) är det föreståndaren som beslutar om vård i annan form. Detta framgår emellertid endast indirekt av nuvarande bestämmelser. I paragrafens första stycke klargörs därför att det är föreståndaren som skall fatta beslutet.

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

I *tredje stycket* slås fast att föreståndaren får besluta att missbrukaren skall hämtas tillbaka, om förutsättningar för vård i annan form inte längre föreligger. Detta gäller även enligt nuvarande bestämmelser men framgår endast indirekt.

Föreståndarens beslut att inte medge vård i annan form eller att missbrukaren skall hämtas tillbaka kan inte överklagas. Det har ansetts att sådana beslut rör en vårdfråga som inte lämpar sig för en domstols prövning. Rättens medverkan har ansetts böra begränsas till sådana frågor där det är möjligt att göra en legalitetsprövning (prop 1981/82:8, sid 103). Däremot är det möjligt för den intagne på ett LVM-hem att överklaga socialnämndens beslut, om socialnämnden skulle vägra bistånd enligt 6 § SoL i form av vistelse på t ex ett behandlingskollektiv. Om föreståndaren för sin del funnit vård i annan form motiverad, bör socialnämndens beslut att vägra den enskilde erforderligt ekonomiskt bistånd kunna angripas besvärsvägen. Föreståndaren bör informera den intagne om möjligheterna att få bistånd och vid behov hjälpa honom att överklaga ett avslagsbeslut.

27 § Innan vård i annan form påbörjas skall socialnämnden i samråd med den intagne och den som förestår vården upprätta en plan för denna vård.

I syfte att ytterligare framhålla vikten av att vård i annan form utnyttjas på ett konstruktivt och planmässigt sätt, har i denna paragraf införts en ny bestämmelse. Enligt denna skall socialnämnden i samråd med missbrukaren och föreståndaren upprätta en plan för vården utanför LVM-hemmet. Det bör vara en uppgift för missbrukarens kontaktman att upprätta planen.

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

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

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

Bestämmelsen har sin motsvarighet i 14 § andra stycket i dess nuvarande lydelse. I den föreslagna bestämmelsen klargörs på ett tydligare sätt att socialnämnden har skyldighet att se till att den enskilde efter vårdtiden får fortsatt stöd. De viktigaste inslagen i sådant stöd är en egen bostad och arbete. Många av missbrukarna har en mycket bristfällig utbildning. Åtskilliga har t ex avbrutit sin grundskoleutbildning i förtid. Många saknar varje form av yrkesutbildning. Det är väsentligt att den enskilde ges tillfälle att genomgå den ut bildning som han har behov av. I många fall behöver den enskilde genomgå ett längre behandlingsprogram. För unga narkotikamissbrukare kan det röra sig om årslånga program. Socialnämnden är redan enligt 6 § SoL skyldig att medge bistånd till sådan vård. Genom förevarande bestämmelse inskärps denna skyldighet ytterligare.

Att socialnämnden skall aktivt verka för att missbrukaren efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning innebär en långt gående skyldighet för nämnden. I normalfallet skall dessa insatser finnas tillgängliga för den enskilde när han lämnar LVM-hemmet. Utgångspunkten måste vara att den som skrivs ut inte skall behöva återvända till en miljö och livssituation där han har små utsikter att hålla sig ifrån missbruket. För att kunna fullgöra sin skyldighet enligt bestämmelsen måste socialnämnden på ett tidigt stadium börja planera för utskrivningen. Missbrukarens kontaktman har här en viktig arbetsuppgift.

Det krävs ett väl fungerande samarbete mellan socialnämnd, arbetsförmedling, bostadsförmedling och skola. Att åtgärderna kräver samråd med den enskilde följer av socialtjänstlagen och har på grund härav inte tagits in i den föreslagna lagtexten.

Särskilda befogenheter

Förutom redaktionella ändringar har under rubriken Särskilda befogenheter införts bestämmelser om hur den som förestår vården skall förfara med omhändertagen egendom.

30—35 §§

30 § Den som vårdas enligt denna lag vid ett LVM-hem får inte inneha alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel, injektionssprutor eller kanyler eller något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Påträffas sådan egendom, får den omhändertas.

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

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

32 § Bestämmelserna i 30 och 31 §§ skall gälla för alla som vårdas vid ett LVM-hem, om det är nödvändigt för att genomföra vården och upprätthålla ordningen vid hemmet och regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen medger det.

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

34 § Den som vårdas enligt denna lag i ett hem som avses i 33 § får hindras att lämna hemmet och i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för att vården skall kunna genomföras. Hans rörelsefrihet får också inskränkas när det behövs av hänsyn till andra intagnas eller till personalens säkerhet.

35 § Försändelser till den som vårdas enligt denna lag vid ett sådant hem som avses i 33 § får kontrolleras, om det behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet eller till den intagnes särskilda förhållanden. Om en ankommande försändelse innehåller egendom som inte får innehas enligt 30 §, får den omhändertas.

Bestämmelserna i 30, 31 och 32 §§ motsvarar vad som nu stadgas i 17 §. Bestämmelserna i 33, 34 och 35 §§ motsvarar 18, 19 respektive 20 §§ nuvarande lydelse. Med uttrycket *den som vårdas enligt denna lag* avses såväl den som är intagen som den som är omedelbart omhändertagen enligt lagen.

36 § Har alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel omhändertagits enligt 30 eller 35 § eller har sådana påträffats inom ett LVM-hem utan att det finns någon känd ägare till dem, skall den som förestår vården vid hemmet låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagen egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m m. Belopp som erhålls vid försäljning tillfaller staten.

Detsamma skall gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas vid missbruk av och annan befattning med alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel.

Paragrafen motsvaras i huvudsak av vad som nu stadgas i 32 §. Bestämmelsen har emellertid tagits in under rubriken Särskilda befogenheter i stället för under rubriken Övriga bestämmelser. Det har ansetts mera logiskt att ange hur man skall förfara med egendomen i anslutning till de bestämmelser som ger befogenhet att omhänderta den. Bestämmelsen i andra stycket om andra föremål än injektionssprutor och kanyler är ny.

Andra stycket. Här har gjorts en utvidgning så att alla sådana föremål som omhändertagits enligt 30 eller 35 §, och som kan användas vid missbruk, också får försäljas eller förstöras. Efter förslag i prop 1984/85:46 infördes en motsvarande ändring i lagen (1974: 203) om kriminalvård i anstalt. Departementschefen uttalade därvid (sid 21) att det är väsentligt att inte bara sprutor och kanyler, utan även haschpipor och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika, kan omhändertas och förstöras. Det ansågs stötande att sådana föremål skulle behöva lämnas tillbaka till den intagne vid frigivningen. Motsvarande synpunkter kan enligt beredningen anläggas för LVM-vårdens del. Även med den föreslagna ändringen kommer det emellertid att finnas föremål som får omhändertas enligt lagen, men som måste lämnas tillbaka efter vårdtidens utgång. Det gäller föremål som inte är särskilt ägnade att användas vid missbruk men som kan vara till men för vården eller ordningen på hemmet.

Bestämmelser om handläggningen

Handläggningsbestämmelserna har givits rubriken Bestämmelser om handläggningen i stället för Målens handläggning. Detta framför allt för att inte bara handläggningen vid domstolarna skall rymmas under rubriken. Vidare har bestämmelserna om nämndemannamedverkan och besluts omedelbara giltighet förts in under rubriken.

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

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

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

38 § I mål om beredande av vård, där missbrukaren är omhändertagen enligt 13 § första stycket, skall länsrätten företa målet till avgörande inom en vecka från den

dag då ansökan om vård kom in eller, i fall som avses i 14 § andra stycket, från den dag då underställningen skedde. Om ett beslut om omedelbart omhändertagande inte är verkställt när det underställs eller om länsrätten har beslutat om omedelbart omhändertagande enligt 13 § tredje stycket, skall målet företas till avgörande inom en vecka från den dag då beslutet verkställdes.

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

Paragrafen motsvaras av vad som nu stadgas i 21 § andra stycket. Prövningsfristen för ansökan om vård när det föreligger ett beslut om omedelbart omhändertagande har emellertid ändrats i enlighet med vad som angetts under föreslagna 16 §. Om beslutet inte är verkställt när det underställs räknas alltså tiden först från det att beslutet verkställts. Ändringen tar sikte på de fall där socialnämnden beslutat om omedelbart omhändertagande. Såsom har angetts i anslutning till föreslagna 20 § har bestämmelserna om förlängning av vårdtiden tagits bort. Reglerna om prövningsfrister för sådana ärenden som finns i nuvarande 21 § andra stycket har därför ingen motsvarighet i den föreslagna lydelsen.

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

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

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

Paragrafen svarar mot nuvarande 22 §.

Bl a vissa kammarrätter har ifrågasatt om inte kravet på att alltid hålla muntlig förhandling, när part begär det, skulle kunna luckras upp. Beredningen har emellertid inte funnit anledning att frångå de uttalanden som tidigare gjorts i denna fråga. Mål om vård oberoende av eget samtycke är av största betydelse för den enskilde. Om någon part begär muntlig förhandling, bör rätten vara skyldig att hålla en sådan.

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

Paragrafen överensstämmer med nuvarande 29 §. Bestämmelsen har dock förts in bland handläggningsreglerna.

41—42 §§

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

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

Bestämmelserna i 41 och 42 §§ överensstämmer med vad som stadgas i 23 resp. 24 § nuvarande lydelse.

43 § Beslut om omhändertagande enligt 13 § gäller omedelbart.

Beslut om överflyttning enligt 24 § andra stycket får förordnas att gälla omedelbart, om det behövs från vårdsynpunkt. Andra beslut av styrelsen eller någon annan som föreståt vården vid ett LVM-hem gäller omedelbart.

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

Paragrafen motsvarar nuvarande 28 §. Dessa bestämmelser återfinns i nuvarande lydelse under rubriken Övriga bestämmelser. Det har ansetts mera ändamålsenligt att placera dem här.

Tredje stycket. Det bör särskilt nämnas att vid beslut om vård rätten uttryckligen måste förordna om att ett beslut skall få verkställas omedelbart. Det är särskilt viktigt att domstolen noga prövar behovet av ett sådant förordnande när den vårdbehövande är omedelbart omhändertagen. Om ett sådant förordnande inte görs, finns det, intill dess vårdbeslutet vinner laga kraft, ingen laga grund för frihetsberövandet och det uppstår ett avbrott i vården. Detta hänger samman med att ett beslut om omedelbart omhändertagande upphör så snart rätten avgör frågan om vård.

Bestämmelser om överklagande

Under en ny rubrik har sammanförts de regler som gäller överklagande. Dessa återfinns nu bland Övriga bestämmelser.

44 § Beslut av styrelsen vid ett LVM-hem eller av någon annan som föreståt vården vid ett sådant hem får överklagas av den enskilde hos länsrätten genom besvär, om beslutet avser överflyttning enligt 24 § eller avslag på begäran om utskrivning.

Andra beslut enligt denna lag av styrelsen eller av den som annars föreståt vården vid ett LVM-hem får inte överklagas.

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

Överklagande av rättens beslut om omedelbart omhändertagande är inte inskränkt till viss tid.

Första—tredje styckena motsvaras av vad som stadgas i 27 § nuvarande lydelse. Bestämmelser som rör förlängning av vårdtiden har emellertid uteslutits. Jämför kommentaren till 20 §.

Fjärde stycket motsvaras av nuvarande 28 § första stycket andra meningen. Uttrycket *besvär* har ändrats i enlighet med modernt språkbruk.

Polishandräckning

Under en ny rubrik, Polishandräckning, har reglerna om handräckning förts samman i en paragraf.

45 § Polismyndigheten skall lämna biträde för att

1. på begäran av länsstyrelsen eller rätten inställa en missbrukare till en beslutad läkarundersökning,
2. på begäran av socialnämnden inställa den som skall beredas vård enligt denna lag vid ett LVM-hem eller sjukhus samt
3. på begäran av den som föreståt vården vid ett LVM-hem efterforska, hämta eller förflytta någon som bereds vård där med stöd av denna lag.

Punkt 1 motsvarar vad som nu stadgas i 25 § andra stycket.

Punkt 2 motsvarar nuvarande 26 § första stycket. Det nämns dock inte särskilt att rätten kan begära biträde för att inställa en missbrukare vid ett LVM-hem. I enlighet med de förtydliganden som har införts i 12 och 19 §§ om att socialnämnden skall se till att den som blivit föremål för beslut om omedelbart omhändertagande respektive beslut om vård också bereds vård, är det följdriktigt att socialnämnden också begär handräckning också när det är rätten som har beslutat om ett omedelbart omhändertagande. Det bör nämligen regelmässigt vara så att socialnämnden omedelbart vidtar åtgärder för att se till att det ordnas en plats på sjukhus eller på LVM-hem för att undvika att missbrukaren fortsätter att utsätta sig själv eller närstående för fara eller tvingas vistas i polisarrest eller häkte i avvaktan på annan placering. En nyhet i förhållande till nuvarande regler är att socialnämnden kan begära polishandräckning för att få missbrukaren transporterad till sjukhus. Se vidare härom i avsnitt 12.2.5.

Punkt 3 återfinns nu i 26 § andra stycket. Bestämmelsen har ändrats redaktionellt. Med uttrycket bereds vård avses såväl den som är intagen som den som är omhändertagen för vård enligt lagen.

Åtalsprövning

Under en ny rubrik, Åtalsprövning, har bestämmelsen härom placerats. Regeln återfinns nu bland Övriga bestämmelser.

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

Paragrafen har sin motsvarighet i 31 § nuvarande lydelsen. Det har emellertid ansetts mer ändamålsenligt att höra *socialnämnden* än länsstyrelsen i de fall där vården har upphört. Åtalsprövningsregeln infördes med motiveringen att det skulle kunna vara olyckligt att avbryta ett väl fungerande frivilligt vårdprogram efter LVM-vården bara för att kanske döma missbrukaren till ett fängelsestraff. Ett sådant kunde tänkas ha en menlig inverkan på vårdresultatet. Med de förtydliganden som har föreslagits beträffande socialnämndens ansvar för insatser efter vårdtiden är det främmande att tänka sig att länsstyrelsen på nytt skulle kopplas in för att göra denna bedömning.

Övriga bestämmelser

Under rubriken Övriga bestämmelser återfinns de regler som förklarar vad som avses med socialnämnden och länsstyrelsen samt vissa regler som rör LVM-hemmens styrelse.

En rad regler som återfinns under Övriga bestämmelser i nuvarande

lydelse har förts in under andra rubriker. Reglerna om läkarundersökning och anmälningar till länsstyrelsen i 25 respektive 30 § nuvarande lydelse har förts in under rubriken Beredande av vård. Bestämmelserna om förverkande i nuvarande 32 § har förts in under Särskilda befogenheter. Bestämmelserna om besluts omedelbara giltighet och om nämndemannamedverkan i nuvarande 28 respektive 29 §§ har flyttats till Bestämmelser om handläggningen. Bestämmelser om klagorätten i 27 och 28 §§ nuvarande lydelse har getts en egen rubrik liksom bestämmelserna om handräckning från 25 och 26 §§ nuvarande lydelse. Slutligen han reglerna om åtalsprövning i 31 § nuvarande lydelse fått en egen rubrik.

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

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

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

Paragrafen överensstämmer med vad som nu stadgas i 33 §. Bestämmelserna angående förlängningsbeslut har dock tagits bort.

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

I fråga om särskild styrelse tillämpas 3 kap. 2—12 §§ kommunallagen (1977:179) på motsvarande sätt. Landstinget eller kommunfullmäktige får besluta att även annan än ledamot eller suppleant i styrelsen får närvara vid styrelsens sammanträden och delta i överläggningarna men ej i besluten samt få sin mening antecknad i protokollet.

Paragrafen motsvarar nuvarande 11 § andra och tredje stycket. Det har ansetts att bestämmelserna som rör vissa formella frågor beträffande LVM-hemmens styrelser, inte bör finnas bland bestämmelserna om vårdens innehåll.

15.2 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen

I socialtjänstlagen föreslås dels en ändring i 11 § som innebär en skärpning av socialtjänstens ansvar för missbrukarvården, dels vissa ändringar av formell natur i 47 och 49 §§.

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

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

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den

hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera de stöd- och hjälpinsatser som behövs och noga följa den planlagda vården.

Ändringen har kommenterats i den allmänna motiveringen, avsnitt 7.2.

47 och 49 §§

47 § Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får inte avse vad som ankommer på nämnden enligt 2, 5, 6 och 8 a §§, 11 § första och andra styckena, 17 § tredje stycket och 18 § lagen (1980:621) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt 13 § lagen (1988:000) om vård av missbrukare i vissa fall.

I de kommuner där sociala distriktsnämnder inte har inrättats får dock beslutanderätten i frågor som avses i första stycket uppdras åt särskild avdelning som består av ledamöter eller suppleanter i nämnden.

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

I 47 och 49 §§ SoL har införts ändringar i delegationsbestämmelserna som gör att beslut om omedelbart omhändertagande inte behöver beslutas av hela socialnämnden i brådskande situationer. Se vidare kommentaren till föreslagna 13 § LVM.

Referenser

Alksne H, Brill L, Liberman L, *A conceptual model of the life cycle of addiction*, International Journal of Addiction, Vol 2 1967

Almé B m fl, *HIV-infektion och narkomani*, Läkartidningen, nr 4 1987.

Almersjö O, Westin J, *Alkoholproblemet på en somatisk akutmottagning*, Läkartidningen, nr 71 1984.

Alström C H, Lindelius R, Salum I, *Alkoholism och mortalitet*, Läkartidningen, nr 71 1974.

Andersson B m fl, *Sjuttiotalets narkomaner*, Patienter vårdade vid S:t Lars sjukhus 1970—1978 — observationer under och efter vården fram till år 1984, Lunds universitet, Institutionen för psykiatri och neurokemi, 1986.

Anderzon K, *Försöket med rehab-team i Stockholms kommun*, Stockholms socialförvaltning, missbrukskansliet, rapport nr 4 1984.

Anderzon K, *Uppföljning av rehab-teamen i Stockholms stad*, Stockholms socialförvaltning, FoU-byrån, rapport nr 67 1987.

Andrén A, *Hasselaeleverna i register och dokument*, Stockholms socialförvaltning, Rapport nr 6 1979.

Andrén A, *Svar på fem frågor om Hassela* — en sammanfattning av forskningen om Hassela, Stockholms socialförvaltning, Rapport nr 8 oktober 1979.

Aronsson P, *LVM 1985*, Högskolan, Örebro, 1986.

Askeland K (red), *Vad är socialt arbete?*, Liber 1981.

Bejerot N, *Narkotikamissbruk och narkotikapolitik*, Sober 1975.

Bergmark A m fl, *Institutionell narkomanvård* — en beskrivning av organisation och behandlingsinnehåll, SWEDATE (BAK-projektet), Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet, Stencil 1986.

Bernhardsson G, Gunne L, *Fortysix cases of psychosis in cannabis abusers*, International Journal of Addiction, 7 (1) 1972.

Bjerver K, *An evaluation of compulsive treatment programs for alcoholic patients in Stockholm with particular reference to longitudinal development, epidemiological aspects and patient morbidity*, Opuscula Medica, suppl 25 1972.

Bjurulf P, Sternby N H, Wistedt B, *Definitions of alcoholism, Relevance of liver disease and temperance board registrations in Sweden*, Quarterly Journal of Studies on Alcohol, nr 32 1971.

Blomquist J, *Om institutionsvistelsens följder*, Delstudie 1, Kydingeholmsprojektet, Stockholms socialförvaltning, metodbyrå 2, rapport nr 9 1980.

Borg S m fl, *Alkohol-, narkotika- och psykofarmakabruk som orsak till sluten kirurgisk vård*, Läkartidningen, nr 44 1979.

Borg S m fl, *Bensodiazepinberoende — en litteraturöversikt*, Karolinska institutet, Psykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus, Stockholm, Stencil 1985.

Borg S, *Läkemedelsmissbruk kan motverkas — mer kunskap behövs*, Social Forskning, nr 2 1986.

Bramstång G, *Sociallagstiftningen — en kommentar*, Stockholm, PA Norstedt & Söners Förlag 1985.

Brill L, Nash G, Langrud J, *The dynamics of deaddiction — a pilot study*, I Major Modalities in the Treatment of Drug Abuse (Brill, Lieberman, förf), 1972.

BRÅ Rapport 1984:1, *Den svenska våldsbrottsligheten.*

BRÅ Rapport 1984:5, *Brottsutvecklingen*, Lägesrapport 1984.

BRÅ Rapport 1985:5, *Brottsutvecklingen 1985.*

BRÅ Rapport 1986:4, *Brottsutvecklingen 1986.*

Bäckman D, Lundh R-M, Uddenfeldt C, *LVM*, En uppföljningsundersökning om 26 personer som beretts vård med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall, Stockholms universitet, Socialhögskolan, 1984.

Carlsson G m fl, *Liv och hälsa*, En kartläggning av hälsoutvecklingen i Sverige, Liber 1979.

CAN, *Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige*, nr 1 1986.

CAN, *Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige*, nr 2 1987.

CAN, *Läkemedelsmissbruk*, CAN redovisar, nr 12 1987.

Conrah U-G, *Upptäcktsfärd i verkligheten*, ingår i (Askeland K red) Vad är socialt arbete?, Liber 1981.

Crafoord C, *Borderlinepersonligheten — översikt och synpunkter*, Svenska Föreningen för Psykisk Hälsovård, Monografiserien, nr 2 1980.

Dahl G, *Alkoholens tillgänglighet och alkoholskadorna*, En litteraturstudie med en lokal tillämpning om effekten av lördagsstängda systembutiker på LOB-fall och akutsjukvård i Örebro, Socialmedicinska avdelningen, Regionsjukhuset, Örebro 1984.

Dahlgren K G, *On death-rates and causes of death in alcohol addicts*, Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, Vol XXVI 1951.

Dahlgren L, *Kvinnor och alkohol, Bruk — missbruk — behandling*, CAN/SAD, Forskning och Fakta, nr 5 1986.

Damström-Thakker K, *Några preliminära uppgifter om KARTAD-populationens vårdkonsumtion under den 3-åriga efterperioden efter ett vårdtillfälle i sluten vård på Magnus Huss klinik vid Karolinska sjukhuset 1976—1978*, Stencil 1986.

Danell N, *180 dödsfall relaterade till tung narkotika*, Läkartidningen, nr 4 1980.

Ds S 1980:5, *Tungt narkotikamissbruk — en totalundersökning 1979*, Rapport från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning.

Ds S 1982:7, *Om narkotikamissbrukets orsaker — undersökningsresultat, teorier och forskningsproblem*, En sammanställning från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning.

Ds S 1984:11, *Offensiv narkomanvård II*, rapport från en arbetsgrupp om behandling av narkotikamissbrukare.

Ds S 1987:3, *Översyn av LVU*, betänkande av särskild utredare.

Duckert M, *Testen din er positiv — om krisreaksjoner og krisebearbetning*, Stoffmissbruk nr 3—4 1986.

Eliasson M, *Missbruk och missbrukarvård i socialdistrikt 14*, Stockholms socialförvaltning, FoU-byrån, rapport nr 48 1986.

Elton M, Hörnqvist J-O, *Abusers of alcohol granted disability pension*, Linköping University Medical Dissertations, no 158 1983.

Engström A, *Psykoser vid cannabismissbruk*, Alkohol och Narkotika, nr 7—8 1981.

Engström C P, Dysting M, Tunving K, *Heroinöverdoser* — en retrospektiv studie från Sabbatsbergs sjukhus, Läkartidningen, nr 25 1982.

Finne E, Gunnarsson E, Stene L, *Nykterhetsvården som kom bort*, Stockholms socialförvaltning, metodbyrå 2, rapport nr 14 1981.

Franér P, *Institutionsbyråns klienter*, Stockholms socialförvaltning, institutionsbyrån, Stencil 1986.

Franér P, Ågren G, *Hvilans planeringshem — ett härbärge för kvinnor*, Stockholms socialförvaltning, FoU-byrån, rapport nr 68 1987.

Frykholm B, *Vägen ut ur missbrukskarriären*, Acta Universitatis Uppsaliensis, Uppsala, 1978.

Gavater J-S, *Sex-Related Differences in Ethanol-Induced Liver Disease — Artifactual or Real?* Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 6 1982.

Gough R, Lindström L, Stene L, *Det är en konst att bo ensam*, Krukisverksamheten, rapport nr 6 1979.

Grufman A, *Uppföljande undersökning av personer som vårdats med stöd av lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)*, Länsstyrelsen, Stockholms län, 1987.

Gunne L, Frykholm B, *Missbrukskarriären*, Läkartidningen, nr 48 1977.

Göransson I, Månsson U, Sundman A-K, *Socialsekreterarnas arbetsmiljö*, Liber 1983.

Hagnell O, Tunving K, *Alkoholism i en totalbefolkning*, Alkoholfrågan, nr 65 1971.

Haastrup S m fl, *Unge narkomane — 7 år efter*, En personlig efterundersögelse 1980 af 300 unge morfinmissbrugere 7 år efter förste henvendelse om behandling 1973, Nordvang: Köpenhavns Amts Sygehus, 1981.

Haastrup S, Jepsen P W, *Seven year follow-up of 300 young drug abusers*, Acta Psyhiatrica Scandinavica, 70 1984.

Helgesson B, *Hälften av en grupp heroinister i Stockholm HIV/HTLV-III-positiva*, Läkartidningen, nr 23 1986.

Hellqvist S, *Faktorer som kan påverka rekryteringen av narkotikamissbrukare till behandlingshem* — en preliminär redovisning, BAK-projektet, Karolinska institutet, Institutionen för experimentell alkohol- och narkotikaforskning, stencil 1984.

Hilte M, Andersson B, *Mänsklig förändring i en vårdkedja* — arbetsrapport från en utvärdering av narkomanvården i Malmö, Sociologiska institutionen, Lunds universitet, 1986.

Holmberg, R, Malmström U, *35 missbrukande kvinnor* — en intervjuundersökning, Stockholms socialförvaltning, FoU-byrån, rapport nr 46 1986.

Hoppe U, *Våga stå på egna ben*, Folksam, Vetenskap och forskning, nr 2 1987.

Institutionsbyrån, Stockholms socialförvaltning, *LVM-vården*, 1985.

Isaksson K, Norman J, Svedberg L, *Överlevnadsstrategier bland socialt utslagna och hemlösa*, Tiden 1978.

Isaksson K, Svedberg L, ur projektet *Ett liv utan arbete*, en delrapport publiceras sommaren 1987 i FoU-byråns rapportserie, Stockholms socialförvaltning.

Janerud L m fl, *I stället för social service*, Stockholms socialförvaltning, metodbyrå 2, rapport nr 4 1980.

Jenner H, *Jenner kritiserar Frykholms karriär*, Nykterhetsvården, nr 5—6 1981.

Jenner H, *Motivation hos missbrukare och behandlare — i ett pedagogiskt perspektiv*, Studentlitteratur 1987

Johansson B, *Det går att förändra — klienten har resurser*, Hagaprojektet, Socialmedicinska avdelningen, Regionsjukhuset Örebro, rapport nr 31 1985.

Jonasson L, Svedberg L, *Vart tar gubbarna vägen?*, Studentlitteratur 1979.

Jonsson G, *Flickor på glid. En studie i kvinnoförtryck*, Tiden/Folksam 1977.

Jonsson G, *Flickor på glid. En studie i kvinnoförakt*, Tiden/Folksam 1980.

Kemvall B, *Kvinnomisshandel — en probleminventering*, Sociologiska institutionen, Stockholms universitet, 1981.

Kristensson-Aas A, Stenberg P, Widell E, *Akutmottagningen — alkoholistens möte med akutsjukvården*, Läkartidningen, nr 78 1981.

Kühlhorn E, Gerdman P, *Vård av hemlösa alkoholister* — en utvärdering av vården på Skarpnäcksgården, Liber 1983.

Larsson S, *Könshandeln — om prostituerades villkor*, Skeab 1983.

de Leon G, Lange K J, *Metodische Probleme bei der Evaluation Therapeutischer Gemeinschaften für Drogenabhängige*, Suchtgefahren 26, 1980.

Lindberg J, Ågren G, *Alkohol och ohälsa*, Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90), Socialdepartementets sjukvårdsdelegation, 1983.

Lindström L, *Val av behandling för alkoholism*, Liber 1986.

LUKA-utredningen, *Vård av missbrukare i Stockholm*, Stockholms kommun, Kommunstyrelsen, 1979.

Lundgren K-E m fl, *Att se och bli sedd*, Liber 1980.

Löfgren B, Nelson-Löfgren I, *Alkohol — rus, missbruk, behandling*, Prisma 1980.

Marklund S, *Kris i missbruksfrågan?*, ingår i Framtidens oönskade sociala förhållanden, Research Reports from the Department of Sociology, University of Umeå, nr 59 1980.

Marklund S, Nordenstam K, Penton R, *Socialvärlden — om mötet mellan socialarbetare och klient*, Liber 1984.

Möller K, Östlund E, *Rundgång i vårdkedjan*, Högskolan i Örebro, Institutionen för politik med förvaltning, Örebro 1985.

Narkotika- och ohälsa, En kunskapsöversikt, Hälso och sjukvård inför 90-talet (HS 90), Socialdepartementets sjukvårdsdelegation, 1983.

Norman J, Svensson B, *Folk- och bostadsräkning av hemlösa i Stockholm 1972—1975*, Krukisverksamheten, rapport nr 5 1977.

Norman J, *Socialmedicinska studier av hemlösa män i Stockholm*, Socialmedicinska institutionen, Göteborgs universitet, 1979.

Olsson B, *Klienter i narkomanvård* — bakgrundsförhållanden, missbruksmönster, samhällsingripanden och vård samt vissa jämförelser med normalpopulationen, SWEDATE (BAK-projektet), Pedagogiska institutionen, Uppsala Universitet, 1986.

Olsson O, *Rapport om alkohol och drogforskning* — en forskningsöversikt, Delegationen för social forskning, stencil 1987.

Oxenstierna G, Larsson J, *Socialt arbete i Tyresö — förändring, förnyelse och framtid*, Socialstyrelsen redovisar 1986:17.

Pettersson U, *LVM* — En uppföljningsundersökning, Socialtjänstprojektet, Stockholms universitet, Socialhögskolan, rapport nr 3 1984.

Pettersson K-A, Karlsson B-Å, *Efterundersökning av personer som 1984 tvångsomhändertagits enligt LVM*, Länsstyrelsen, Östergötlands län, 1986.

Pettersson U, *Socialtjänsten i praktiken*, Skeab 1986.

Puide A, *Klienterna och socialtjänsten*, Socialtjänstprojektet, Stockholms universitet, rapport nr 10 1985.

Pålsson Å, Thulin S O, Tunving K, *Cannabis psychosis in south Sweden*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 66 1982.

Ramström J, *Narkomani — orsaker och behandling*, Omarbetad och utvidgad upplaga, Tiden/Folksam, 1983.

Romelsjö m fl, *Alkoholrelaterade problem och vårdkonsumtion i Olofström*, Alkohol och narkotika, nr 4 1983.

Romelsjö A, Ågren G, *Nedgång i alkoholrelaterad dödlighet och vårdkonsumtion i Sverige?*, Socialmedicinsk tidskrift, nr 2—3 1985.

Romelsjö A, Ågren G, *Betydande skillnader i alkoholrelaterad dödlighet för olika yrkesgrupper i Sverige*, Alkohol och narkotika, nr 6—7 1986.

Romelsjö A, *Epidemiological studies on the relationship between a decline in alcohol consumption, social factors and alcohol-related disabilities in Stockholm county and in the whole of Sweden*, Karolinska institutet, socialmedicinska institutionen, vårdcentralen Kronan, 1987.

Rune W, Lundholm M, Boberg-Lundholm J, *Morfinister och rehabiliterade* — en efterundersökning av Malmöpopulationer, Sjukhustryckeriet, Malmö allmänna sjukhus, Malmö, 1983.

Rönnberg S, *Metoder för behandling av alkoholproblem och metodernas effektivitet*, Nykterhetsvården, nr 3 1986.

Salum I, *Delirium Tremens and Certain other Acute Sequels of Alcohol Abuse*, A Comparative Clinical, Social and Prognostic Study, Acta Psychiatrica Scandinavica, 235 1972.

Saunders, W H, Kershaw P W, *Spontaneous remission from alcoholism*, A community study, British Journal of addiction, 74 1979.

SCB, Statistiska meddelanden, nr S 1975:16.

SCB, Statistiska meddelanden, nr S 1975:30.

SCB, Statistiska meddelanden, nr S 1977:11.

SCB, Statistiska meddelanden, Nykterhetsvård, 1981, S 1983:2.
SCB, Statistiska meddelanden, Insatser för vuxna missbrukare, 1982, S 1984:12.
SCB, Statistiska meddelanden, Insatser för vuxna missbrukare, 1983, S 1984:17.
SCB, Statistiska meddelanden, Insatser för vuxna missbrukare, 1984, S 38 SM 8501.
SCB, Statistiska meddelanden, Insatser för vuxna missbrukare, 1985, S 38 SM 8601.
SCB, Statistiska meddelanden, Insatser för vuxna missbrukare, 1986, Stencil 1987.
Schubert J, Krouthén P-J, *Samverkan i alkoholvård mellan psykiatrisk vård och socialtjänst*, Socialmedicinsk tidskrift, nr 3—4 1984.
Slotte U, Wessman S, *Tillämpning och effekter av LVM i Stockholms kommun 1982 och 1983*, Stockholms socialförvaltning, missbrukskansliet, rapport nr 6 1984.
Slå tillbaka, RFHL:s tidskrift, *En av åtta dör* (Ingvarsson A förf), nr 3 1986.
Smith D E, *A physicians' view of the adolescent drug scene*, I Drug abuse, Proceedings of the International Conference (Zarafonetis C J D förf), Lea & Febiger, New York, 1972.
Sniffning — information till lärare, socialarbetare och ungdomsledare, Socialstyrelsen 1986.
Socialberedningen, *Alkoholmissbrukarna, socialtjänsten och tvånget* — rapport från en hearing anordnad av socialberedningen i oktober 1986.
Socialstyrelsen redovisar 1974:39, *Alkoholpoliklinikverksamheten.*
Socialstyrelsen redovisar 1976:9, *Alkohol och narkomani inom psykiatrin* — en studie av vårdkonsumtion och dödlighet.
Socialstyrelsen redovisar 1977:14, *Lag om viss psykiatrisk vård.*
Socialstyrelsen redovisar 1978:4, *Vården av alkoholmissbrukare — problem och möjligheter.*
Socialstyrelsen anser 1980:2, *Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård.*
Socialstyrelsen, *LVU*, Allmänna råd från socialstyrelsen 1981:2.
Socialstyrelsen, *LVM*, Allmänna råd från socialstyrelsen 1982:6.
Socialstyrelsen redovisar 1984:6, *Vårdorganisation och vårdutnyttjande inom psykiatrin.*
Socialstyrelsen, PM 78/84, *Rapport från ett rådslag om missbruk av alkoholhaltiga preparat.*
Socialstyrelsen, *LVM-vården 1985*, Byrå S 3, 1985.
Socialstyrelsen redovisar 1985:4, *Alkoholism och narkomani inom psykiatrin* — en studie av vårdkonsumtion och dödlighet.
Socialstyrelsen redovisar 1986:18, *Hopp för de hopplösa fallen.*
Socialstyrelsen redovisar 1987:5, *Alkohol och sjukvård.*
Socialstyrelsen, *Alkoholdrycker — försäljning, missbruk, skador 1986*, Byrå S 4, 1987.
SOU 1967:36, Nykterhetsvårdens läge, Del 1, *Klientel och behandlingsresurser*, betänkande av 1964 års nykterhetsvårdsundersökning.
SOU 1969:52, *Narkotikaproblemet*, narkomanvårdskommitténs slutbetänkande.

SOU 1974:39, *Socialvården. Mål och medel*, principbetänkande av socialutredningen.
SOU 1974:90, *Alkoholpolitik*, 1 Bakgrund, betänkande av alkoholpolitiska utredningen.
SOU 1977:40, *Socialtjänst och socialförsäkringstillägg*, socialutredningens slutbetänkande.
SOU 1984:32, *Nya alternativ till frihetsstraff*, slutbetänkande av frivårdskommittén.
SOU 1986:14, *Påföljd för brott*, huvudbetänkande av fängelsestraffkommittén.
SOU 1987:7, *Barnets rätt*, 3 Om barn i vårdnadstvister — talerätt för barn m m, delbetänkande av utredningen om barnets rätt.
SOU 1987:11, *Skydd för det väntade barnet*, 1 Åtgärder vid missbruk m m under graviditet, delbetänkande av utredningen om det ofödda barnet.
Stadig I, *Hur går det för bostadslösa kvinnor i Stockholm*, Stockholms socialförvaltning, stencil 1986.
Sunesson S, *När man inte lyckas*, AWE/Gebers 1981.
Sunesson S, *Ändra allt!*, En uppmaning till socialarbetare, Liber 1985.
Svenska kommunförbundet, *Socialsekreterarnas behov av handledning*, 1986.
Thelander A, *Hasselakollektivet* — en rapport om vårdinnehåll och vårdideologi på ett hem för unga narkomaner, Prisma 1979.
Topor A, *Dagarna med EMMA*, Stockholms socialförvaltning, FoU-byrån, rapport nr 44 1986.
Tunving K, Nilsson K, *Young female drug addicts in treatment* — a twelve year perspective, The Journal of Drug Issues, 15 (3) 1985.
Wadeskog A, Nilsson I, Svedin L, *Rehabilitering av missbrukare* — en ekonomisk analys, Stockholms socialförvaltning, FoU-byrån, rapport nr 50 1986.
Waern U, *Findings at a Health Survey of 60-year old Men and Recorded Disease during their Preceding 10 years of Life*, Acta Universitas Upsaliensis, 298 1977.
Vaglum P, *Unge stoffmissbrukere i et terapeutiskt samform*, Universitetsforlaget, Oslo, 1979.
Vaillant G E, *The Natural History of Alcoholism. Causes, Patterns, and Paths to Recovery*, Cambridge, Mass, USA, Harvard University Press, 1983.
Wallerstedt S m fl, *Var fjärde inlagd man alkoholmissbrukare* — tvärsnittsundersökning på somatiskt sjukhus i Göteborg, Läkartidningen, nr 18 1986.
Winick C, *Maturing out of narcotic addiction*, Bulletin of Narcotics, Vol 14 1962.
Winick C 1974, *Some aspects of careers of chronic heroin users*, I Drug Use — Epidemiological and Sociological approaches (Josephson E och Carrol E förf) Hemisphere Publ, Washington DC, USA, 1974.
Vårdprogram för människor med alkoholproblem, Länskommittén för missbrukar- och institutionsfrågor, Stockholm, 1986.

Wächter R, *Servicecentralsprojektet*, förundersökningen, Stockholms socialförvaltning, metodbyrå 1, stencil 1976.

Åberg J, *Motkrafter — om konsten att avbryta missbruk*, Skeab 1984.

Ågren G, *Alkohol, hälsa och samhälle*, Ordfront 1981.

Ågren, G, *Alkohol och alkoholskador*, Stockholms socialförvaltning, metodbyrå 2, rapport nr 8 1982.

Ågren G, Lindberg S, opublicerat material från en dödlighetsundersökning av patienter vårdade vid Magnus Huss klinik 1961-1981, (1983).

Ågren, G, Berglund E, *Dödlighet bland hemlösa män med alkoholproblem 1969—1982*, Stockholms socialförvaltning, FoU-byrån, 1984.

Änggård E, Mossberg L, *Missbrukskarriären* — en litteraturstudie utförd på uppdrag av Nordiska Samarbetsorganet för Drogforskning, NU B 1978:23.

Öjesjö L, *Alkoholism i longitudinellt perspektiv* — en epidemiologisk undersökning av förekomst, insjuknanderisk och långtidsförlopp inom Lundbykohorten, Institutionen för Social- och Rättspsykiatri, Lunds universitet, 1983.

Öjesjö L, *Studera levnadsöden — ett sätt att förstå "varför Jeppe super"*, Alkohol och Narkotika, nr 6—7 1986.

Reservationer och särskilda yttranden

Reservation av ledamöterna Erik Larsson, Göte Jonsson och Per Arne Aglert

Enligt nuvarande regler i LVM skall länsstyrelsen efter anmälan från socialnämnd utreda om skäl finns att bereda någon vård och, om sådana skäl anses föreligga, ansöka hos länsrätten om vård. Ungefär hälften av de anmälningar som görs till länsstyrelserna leder till ansökan om vård hos länsrätten. Övriga ärenden avskrivs.

Det finns naturligtvis flera orsaker till denna höga avskrivningsfrekvens, men vi anser det principiellt felaktigt och även tvivelaktigt ur rättssäkerhetssynpunkt att länsstyrelsen har rätt att förhindra att anmälan behandlas av länsrätten.

Socialnämnderna har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får den hjälp och det stöd de behöver. Som regel har socialtjänsten haft kontakt under lång tid med den person anmälan gäller, erbjudit frivilliga vårdmöjligheter och stöd men inte kunnat förmå missbrukaren att avbryta en klart destruktiv utveckling. Om då socialnämnden finner den enda möjligheten att hejda en fortgående försämring vara en anmälan om LVM-vård, bör legalitetsprövningen, enligt vår mening, ske i länsrätten och ej i länsstyrelsens sociala funktion.

LVM-vården är förbehållen personer som är i klart behov av vård för sitt missbruk men saknar insikt om det egna vårdbehovet och följaktligen motsätter sig frivillig vård. Denna rättighet till vård, och om LVM är tillämplig i det enskilda fallet bör prövas av länsrätten. Att, såsom enligt uppgift sker i vissa länsstyrelser, anmälan regelmässigt avskrivs om inte läkarintyg visar att det finns ett akut behov av vård, anser vi vara fel.

Socialberedningens majoritet föreslår nu att socialnämnden skall stå för hela utredningsarbetet och insamlandet av faktaunderlaget, medan länsstyrelsen skall svara för bedömningen av behovet av LVM-vård och eventuell ansökan till länsrätten. Socialnämnden skall inte själv kunna göra ansökan eller föra talan i länsrätten.

Om detta förslag säger beredningens majoritet: "Av rättssäkerhetsskäl är det angeläget att det finns ett regionalt organ som kan leda rättstillämpningen mot större enhetlighet och kvalitet än de olika lokala nämnderna."

Vi anser att rättstillämpningen med utgångspunkt från gällande lagstiftning skall utformas i länsrätten och att detta förfarande ger fullgod rättssäkerhet.

Enligt socialtjänstlagen (SoL) skall länsstyrelsen följa socialnämndernas tillämpning av lagen, informera och ge råd till allmänheten i frågor som rör socialtjänsten och biträda socialnämnderna med råd i deras verksamhet.

Om socialnämnden behöver råd i något tveksamt ärende skall alltså länsstyrelsen biträda med sådana råd.

Länsstyrelsen bör som tillsynsorgan få del av alla ansökningshandlingar jämsides med länsrätten och har då möjlighet att, om behov härav anses föreligga, ingripa i varje enskilt fall, begära kompletterande uppgifter samt råda och informera såväl socialnämnd som berörda enskilda.

Ärenden enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) initieras och utreds av socialnämnden. Det är också socialnämnden som ansöker om vård hos länsrätten och för talan i domstolen. Socialberedningens förslag i samband med översynen av LVU (SOU 1986:20) har bearbetats av en särskilt tillsatt utredare. Denne har i betänkandet Ds S 1987:3 Översyn av LVU inte föreslagit någon ändring av nuvarande ordning.

Enligt vår mening bör samma ansökningsförfarande gälla för de till SoL knutna kompletterande lagarna LVU och LVM.

Vi anser att förslaget till revidering av LVM skall innebära att socialnämnderna svarar för såväl utredning som ansökan till länsrätten.

Reservation av ledamoten Göte Jonsson

Socialberedningen har under sitt arbete med LVM kommit fram till att nuvarande lagstiftning inte är anpassad till de behov som finns när det gäller vård av missbrukare. Jag delar den uppfattningen men anser att ytterligare förändringar är nödvändiga på följande områden:

I § 4 anser jag att ändringar och tillägg skall göras så att dels större hänsyn tas till närstående enligt punkt 1 och dels att begreppet närstående ersätts med "annan" i punkt 3, så att lagtexten får följande lydelse:

Beredande av vård

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

1) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller om missbruket annars medför allvarliga sociala skadeverkningar för missbrukaren själv eller dennes anhöriga,

2) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller

3) kan befaras att allvarligt skada någon annan.

En viktig fråga i detta sammanhang är om den allvarliga fara för annans liv eller hälsa som missbruket kan innebära skall kunna utgör grund för beredande av vård enligt lagen.

En vårdlagstiftning i den utformning som föreslås här, måste kunna öppna möjlighet till ingripande i det skede då missbruket har nått den grad att det innebär påtagliga och allvarliga olägenheter för missbrukaren själv eller annan. Vid beaktande av missbrukarens behov av vård måste rimliga hänsyn kunna tas till de effekter som missbruket har. Det måste vara samhällets uppgift att hjälpa missbrukaren när missbruket har fått för missbrukaren okontrollerbara effekter. Starka humanitära och behandlingsmässiga skäl talar för att missbrukaren skall kunna beredas vård när han till följd av sitt missbruk utgör en allvarlig fara för annan.

Behovet av en utvidgning av lagen till att omfatta "fara för annan" har fått ökad aktualitet beroende på HIV-situationen. Jag anser, till skillnad från majoriteten i beredningen, att t ex detta bl a bör gälla HIV-smittade missbrukare som ägnar sig åt prostitution.

Beträffande mitt förslag till ändring i punkt 1 så anser jag att detta bättre täcker behovet av omhändertagande utifrån en social helhetsbedömning. Motsvarande bör gälla om missbruket leder till allvarliga sociala skadeverkningar för missbrukarens anhöriga. Det förtjänar således att framhållas som exempel, att den nuvarande ordningen ofta innebär att i en familj där en eller båda föräldrarna missbrukar alkohol eller narkotika, omhändertas barnen för vård enligt LVU. En mera ändamålsenlig och för barnen mera skonsam ordning bör vara att den missbrukande föräldern bereds den vård som han behöver.

Vårdtid

I § 20 regleras vårdtidens längd. Jag anser att vårdtiden skall vara tolv månader och inte sex månader, varför jag förordar följande lydelse:

20 § Tvångsvården skall upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i tolv månader (vårdtid). Vården påbörjas genom beslut om intagning och upphör genom beslut om utskrivning enligt 24 §.

En av de stora bristerna i den nuvarande lagstiftningen är de korta tider under vilka socialnämndens omedelbara ansvar för missbrukaren längst får bestå. Den nuvarande konstruktionen innebär ofta att socialnämnden släpper kontakten med missbrukaren när den längsta tiden för vården har gått ut. Det sammanhållna ansvaret för att missbrukaren bereds sjukvård eller annan vård som han behöver bryts när den längsta tiden har gått ut.

Det här framlagda förslaget har andra utgångspunkter. Förslaget utgår från att det regelmässigt är nödvändigt att socialnämnden bibehåller ett vård- och behandlingsansvar för en längre tid. I förslaget ställs nu det kravet att socialnämnden under minst ett år noga skall följa missbrukarens förhållanden och vid varje tidpunkt medverka till att missbrukaren får det vård och den hjälp som han behöver. Det innebär således att socialnämnden under den angivna tiden inte bara har ett ovillkorligt ansvar för att behövlig vård ges missbrukaren, utan också ett ansvar för

nämnden att i kontakt med andra myndigheter medverka till att missbrukaren får all den annan hjälp som han kan behöva. Behöver missbrukaren under den angivna tiden på nytt tas in på sjukhus eller i ett hem för vård eller boende är det socialnämndens skyldighet att föranstalta om sådan vård. Vård med stöd av lagen får dock inte i något fall beredas missbrukaren mot hans vilja sedan ett år har förflutit från det vård med stöd av lagen påbörjades. Givetvis skall detta inte leda till att missbrukaren bereds vård på sjukhus eller i ett hem för vård eller boende under hela den angivna tiden. Missbrukaren bör vårdas i andra former så snart förutsättningar för detta föreligger. Nämnden kan emellertid under den tid bemyndigandet gäller på nytt vid behov föranstalta om vård. Enligt min mening ökar förutsättningarna till en väl planerad vård om möjlighet ges till en vårdtid av tolv månader.

Anstånd med verkställighet

En möjlighet till anstånd med verkställighet bör också finnas i den nya lagen och det bör ankomma på socialnämnden att själv bedöma om det bemyndigande för nämnden som rättens beslut innebär skall tas i anspråk eller inte. Visar det sig efter rättens beslut att behövliga åtgärder kan vidtas i samråd med den enskilde, bör socialnämnden kunna låta anstå med verkställighet av beslutet. Den frågan bör emellertid inte kunna hållas öppen under en alltför lång tid. Sedan sex månader har förflutit från det rättens dom vann laga kraft, bör socialnämnden inte längre ha möjlighet att föranstalta om vård enligt lagen.

Jag föreslår att lagen kompletteras med ytterligare en paragraf av följande lydelse:

§ Visar det sig efter rättens beslut om vård att behövliga insatser kan ges i frivilliga former, får socialnämnden låta anstå med verkställighet av beslutet.

Socialnämnden får dock inte föranstalta om vård enligt denna lag sedan sex månader förflutit från det rättens dom vann laga kraft.

Huvudmannaskapet för LVM-vården

Som framgår av beredningens betänkande finns i dag allvarliga brister när det gäller bl a kapaciteten inom LVM-vården. Detta har också socialstyrelsen understrukit i en skrivelse till socialdepartementet 1987-05-19. Justitieombudsmannen har också tidigare i mycket skarpa ordalag påtalat dessa brister. Frågan om huvudmannaskapet har behandlats i beredningen och majoriteten anser att det inte finns anledning att ändra på nuvarande huvudmannaskap för LVM-vården. Jag delar inte beredningens uppfattning på denna punkt.

Det är fel att enbart skjuta skulden för den uppkomna situationen på de nuvarande huvudmännen, dvs landstingskommunerna och kommunerna. I samband med beslutet om, och genomförandet av, det nuvarande huvudmannaskapet gick den vårdideologiska trenden ut på att man skulle minska antalet platser i tvångsvården och "avinstitutionaliseringen" drevs hårt. Huvudmännen fick t o m ett särskilt omställningsbidrag,

vilket fortfarande tillämpas från statsmakternas sida, för att denna trend skulle påskyndas. Detta har skett samtidigt som det allt klarare framgått att behovet av LVM-platser inte är tillräckligt. Nu har, i samband med bl a HIV-problemet, det samlade kravet på huvudmännen ökat. Landstingskommunerna och kommunerna har på så vis nåtts av "dubbla budskap" från statsmakternas sida. Jag anser att det var ett allvarligt misstag att så starkt som hittills begränsa möjligheten till tvångsvård och att LVM borde ha ändrats betydligt tidigare. Beredskapen hade då varit högre och den nuvarande akuta situationen hade kunnat avvärjas.

Jag anser vidare att den nuvarande ordningen när det gäller huvudmannaskapet i sig bäddar för problem. Det finns inte något samlat ansvar utan bilden är alldeles för splittrad och komplicerad. Statsmakterna har lagstiftningsansvaret och viss tillsynsskyldighet samt betalar ut statsbidrag knutet till vissa villkor. Landstinget är i många fall huvudman för institutionerna och fungerar i den egenskapen som "entreprenör" mot i princip full ersättning. Kommunerna har sitt särskilda ansvar enligt gällande sociallagstiftning.

Jag anser att huvudmannaskapet för LVM-vården skall återföras till staten. Det är i nuvarande läge nödvändigt med ett sammanhållet ansvar och där beslut i riksdagen och regering snabbt kan omsättas i praktisk verklighet.

Detta ändrade huvudmannaskap innebär att landstinget inte behöver engageras som entreprenör för missbrukarvården. Kontaktvägen mellan staten och kommunerna blir därmed kortare. Landstinget är inte heller ur storlekssynpunkt den bästa basen för huvudmannaskapet. I vissa fall är landstinget för litet som upptagningsområde när det bl a gäller hem med särskild tillsyn.

Jag delar inte majoritetens uppfattning, att utslussningsarbetet skulle försvåras med ett statligt huvudmannaskap. Även med nuvarande organisation krävs samordning mellan LVM-hemmet och kommunerna, bl a i samband med att vården övergår i öppnare former. Tvärtom kunde flexiblare vårdformer prövas och få genomslag i ökad omfattning med den modell för huvudmannaskap jag förordar. Även alternativa vårdformer som drivs av enskilda huvudmän skall givetvis utnyttjas i detta sammanhang. Från vissa håll har påtalats att man inte skulle kunna bedriva vården vid mindre vårdhem om staten är huvudman. Även detta påstående är felaktigt, eftersom utformningen och innehållet i vården inte alls behöver påverkas negativt av ett samlat huvudmannaskap.

Jag anser att ett förslag om statligt huvudmannaskap omedelbart skall utarbetas och att ett förslag förelägges riksdagen. Denna ändring kan göras förhållandevis snabbt och under tiden måste en fortsatt utbyggnad och upprustning av LVM-vården pågå.

Reservation av ledamoten Kurt Sjöström

I anslutning till socialtjänstreformen framhöll Olof Palme följande:

"Den nya socialtjänstlagen syftar till att angripa människors sociala problem genom att stödja den enskilde i en svår situation. Avgörande är då att människor-

na känner förtroende för socialtjänsten och tar kontakt innan problemen blivit allt för svåra. Erfarenheterna visar att de nuvarande tvångsbestämmelserna mot vuxna förhindrar detta. Därför bör den nya socialtjänsten inte innehålla tvångsåtgärder mot vuxna".

Citatet ger en sammanfattning av den syn som socialtjänstlagen baseras på. Samma syn återspeglas i det särskilda yttrande som fogades till socialberedningens betänkande "Barns behov och föräldrars rätt", SOU 1986:20. Detta yttrande undertecknades av bl a Ove Löfgren, Anita Persson och Evert Svensson. I yttrandet framhölls följande:

"Att socialtjänsten har tvångsmedel till sitt förfogande innebär helt naturligt att många människor som vill ha socialtjänstens stöd avhåller sig från att ta kontakt med socialtjänsten av rädsla för att istället bli föremål för tvångsinsatser. Följden blir att den som ville ha stöd men inte vågade fråga efter det får sin situation försämrad. Ofta återstår sedan inget annat för samhället än att gå in med tvång för att rädda liv. Kombinationen av frihet och tvång hos samma myndigheter kan därför leda till att behovet av tvångsinsatser blir större än de behövde vara".

Slutsatserna var att möjligheterna till tvångsingripanden i de fall dessa var nödvändiga borde läggas utanför socialtjänsten.

Avsikten med de båda citaten är inte endast att visa att uppfattningen om tvångets negativa roll inom socialtjänsten haft en bred förankring. Syftet är också att peka på hur snabbt konservativa vindar påverkat synen när socialberedningens majoritet — inklusive de tre socialdemokratiska ledamöter som i februari 1986 undertecknade det citerade särskilda yttrandet — nu föreslår att socialnämnden skall ges ökade tvångsmedel. Det förslag som socialberedningens majoritet lägger fram är i mycket en återgång till den reaktionära tvångsattityd som präglade såväl 30-talets som 50-talets nykterhetsvårdslagar. Det strider mot den politiska och fackliga arbetarrörelsens värderingar.

På följande punkter ser jag det som nödvändigt att reservera mig mot majoritetens förslag:

- att den personkrets som kan bli föremål för tvångsåtgärder drastiskt vidgas
- att reglerna om tvångsinsatser blir ett obligatorium för berörda myndigheter genom att formuleringen "kan" beredas vård ändras till att "tvångsvård skall beslutas"
- att socialnämnden erhåller rätt att omedelbart omhänderta missbrukare och att nämnden erhåller en ökad roll i tvångsprocessen
- att tiden för tvångsomhändertagande förlängs till sex månader
- att den enskilde skall kunna vara intagen på enskild, vinstinriktad institution under tid då tvångsbeslut gäller och
- att kommun inte ges obligatorisk skyldighet att tillse att den som är föremål för LVM-intagning erhåller erforderlig utbildning, arbete och bostad.

Allmänna synpunkter

Tidigare historiska erfarenheter visar att en utökning av de myndighetsinsatser som baseras på repression och tvång inte härrör ur omsorgen om

de behövande. De återspeglar däremot som regel ekonomiska, ideologiska och politiska krisfenomen.

De insatser som erfordras för att komma tillrätta med beteenden som är till skada för den enskilde själv bör bygga på generella insatser samt på sådana individuella åtgärder som baseras på ett samspel med den enskilde och ett stöd med sådana resurser att denne kan utveckla sina positiva möjligheter.

Tillräckliga generella insatser har exempelvis inte vidtagits för att möta ungdomens siuation med hög arbetslöshet, stor omflyttning och betydande social och kulturell rotlöshet.

Insatser har gjorts för att förstärka kampen mot narkotikan. Däremot har kampen mot alkoholmissbruket kommit i skymundan och på många håll har de totala resurserna till och med minskat.

Det bör också betonas att LVM började tillämpas 1982. Lagens förutsättningar har prövats under kort tid. Det finns inte dokumenterade, tillräckligt hållbara behandlingsskäl för att göra större ingrepp i den gällande lagstiftningen. Den senare tidens relativt snabba utveckling av metodiken inom frivilligvården motiverar snarare att man bör avstå från att lagfästa ytterligare repressiva insatser.

Förslaget om vidgad personkrets

Kriterierna för tvångsomhändertagande luckras i förslaget upp. Detta sker bl a genom att den i gällande LVM-lagstiftning införda bestämmelsen om "trängande" vårdbehov ersatts med det vidare "är i behov av vård". Dessutom skapas genom lagförslaget grund för ingripande även när det gäller andra berusningsmedel än alkohol och narkotika. Personkretsen vidgas vidare genom att i indikationerna för tvångsbeslut föreslås ingå att den enskilde "allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt". Slutligen tillföres att "tvångsvård skall beslutas" då kriterierna föreligger och inte som i nuvarande lagstiftning "kan" beslutas.

Den sistnämnda ändringen innebär givetvis risk för att socialnämnd eller länsstyrelsen inte ges erforderligt rådrum för att motivera den enskilde för frivilliga insatser. Dessutom förs tvångsinstrumentet i förgrunden på ett helt annat sätt än i nuvarande LVM-lag.

Den föreslagna utvidgningen att indikationerna för tvångsbeslut även skall omfatta "andra beroendeframkallande medel" skulle möjligen kunna accepteras om därmed avsågs att klara problem med missbruk av lösningsmedel. I specialmotiveringarna har emellertid framhållits att bestämmelsen avser att även täcka missbruk av läkemedel som i framtiden kan komma att bli aktuella. Därmed synes de rättsliga och andra konsekvensera så pass outredda att jag inte kan biträda majoritetens uppfattning.

Det bör också tilläggas att jag känner stor tveksamhet till användningen av begreppet "beroendeframkallande medel". Även bruk av kaffe, the, coca-cola, tobak m m är beroendeframkallande. Bättre vore att använda begreppet "berusningsmedel".

Slutligen är min invändning att utmönstringen av formuleringen "trängande" behov av vård samt tillförseln av indikationen "allvarligt för-

sämrar sina levnadsförhållanden i övrigt" som grund för tvångsbeslut, såvitt jag kan se kommer att innebära tolkningssvårigheter med fara för rättssäkerheten. Dessutom frångår majoriteten givetvis därmed också den nuvarande lagens akutkaraktär.

Akutlagskaraktären upphävs

Nu gällande LVM är en kompromiss mellan företrädare för önskemål om att renodla tvångslagen till akuta hjälplöshetssituationer och dem som hävdade att personliga värderingar, attityder och beteenden kunde ändras genom tvångsvård. Lagen är präglad av akutlagskaraktären. Denna karaktär upphävs nu. Det senare betraktelsesättet har kommit att dominera den nya socialberedningsmajoritetens förslag.

Med rätta brukar vi i Sverige kritisera länder som använder sig av tvångslagar för att bearbeta attityder och värderingar. Vi anser detta vara oetiskt. Men dessutom visar erfarenheten bl a från den gamla nykterhetsvårdslagens dagar att det är omöjligt att med tvång mer än möjligen på helt kort sikt, ändra människors beteenden. Att missbruka eller inte missbruka kan i grunden aldrig vara annat än den enskildes val inom ramen för dennes socialt bestämda förutsättningar. För att lyckas komma bort från missbruket måste den enskilde erhålla stöd för detta val genom utökning av de reella resurserna att företa valet. Långsiktigt handlar det om att skapa förutsättningar att bryta ett falskt medvetande, möjligheter att bygga upp en annan identitet och en positiv självkänsla. Avgörande är ofta för de socialt sämst ställda att den enskildes ram vidgas genom i vid mening förbättrade materiella förhållanden. Ökat tvång motverkar en sådan helhetssyn och permanentar identiteten som missbrukare. Sett i detta perspektiv finns inte heller anledning till den behandlingspessimism som trots allt präglar socialberedningens majoritet i dess syn på äldre missbrukare.

Förlängning av vårdtiden

På vissa institutioner, som främst vänder sig till personer med ordnade sociala förhållanden, har metodiken utvecklats och vårdtiden miskats ner till vanligen fyra veckor. Samtidigt föreslår nu socialberedningens majoritet förlängd tvångstid för de mest utslagna. Karaktären av klasslag kommer åter att framstå lika klart som under nykterhetsvårdslagens tid.

Förlängd vårdtid med tvång kommer endast att leda till behandlingspassivitet och till stagnation i metodutvecklingen samtidigt som de tvångsintagnas negativa reaktioner ökar. Den förlängda vårdtiden liksom de utvidgade indikationerna för tvång har motiverats med de ungas behov. Tillämpningen kommer med stor sannolikhet att kunna leda till ett ökat antal institutionstillvanda ungdomar som förlorat förutsättningar för eget ansvarstagande och möjligheter till integration i samhället.

Vård på enskild, vinstinriktad institution

Enligt majoritetens förslag skall under den tid tvångsbeslut gäller, den enskilde på försök kunna överföras till exempelvis en enskild institution

som arbetar med inriktning på företagsvinst. Etableringen av privatföretag inom missbruksområdet visar att vinstmarginalerna kan bli betydande. Det bör enligt min mening inte finnas möjlighet att använda vinstinriktade institutioner för behandling under den tid tvångsbeslut föreligger. Under vissa betingelser kan institutionen ha intresse av utsträckt vårdtid och den enskilde kan så länge tvångsbeslut föreligger sakna valmöjlighet.

Socialnämndens möjlighet att omhändertaga missbrukare

I tidigare betänkanden av socialberedningen har jag liksom andra betonat oförenligheten av å ena sida service och stöd och å andra sidan tvångsresurser hos samma myndighet. Jag kan därför inte biträda beredningsmajoritetens förslag om att socialnämndens engagemang i tvångsinsatser ökar. Genom att så föreslås undergrävs grunderna i socialtjänsten och socialtjänstreformen.

Kraven på stat och kommuner

De krav som enligt förslaget ställs på socialnämnden beträffande utbildning, arbete och bostad är allt för intetsägande. Många unga har exempelvis en dålig skolunderbyggnad — utslagningen har ofta börjat redan i skolan. Enligt min uppfattning bör i LVM-lagstiftningen ingå krav på att det skall åligga kommun som obligatorium att tillse att LVM-omhändertagen erhåller erforderlig utbildning, arbete och bostad.

Till de viktigaste områdena inom missbruksvården hör att utveckla folkrörelsernas och fackföreningsrörelsens möjligheter till kamratstödjande insatser. Stödet till olika s k klientorganisationer kan och bör utvecklas. Ofta har dessa organisationer både svårigheter med lokaler och med anslag för verksamheten. Statens intäkter från alkoholhanteringen uppgår till 13 miljarder kronor (1986). Samtidigt är statens anslag till resurser för missbruksvård 810 miljoner kronor. Siffrorna ger givetvis endast en del av bilden. Men ur samhällsekonomisk synpunkt synes ett ökat statligt ekonomiskt åtagande knappast innebära någon reell utgiftsökning med tanke på att konsekvenserna av främst alkoholmissbruket också har en ekonomisk aspekt.

Särskilt yttrande av sakkunnige Ingemar Färm

Alla fakta talar för att de tunga missbrukarna lever under sämre förhållanden än tidigare. Det gäller såväl medicinskt som i avseende på arbete, bostad och fritid. Orsakerna kan man spekulera över. Mycket tyder på att de blivit offer för ett allt mer hårdnande samhällsklimat, där de som har goda utgångsförutsättningar kan leva ett mycket gott liv medan de som har dåliga utgångsförutsättningar löper stora risker att slås ut på ett tidigt stadium. Den som i dag blir utslagen har mycket stora hinder att klara av om han ska kunna leva ett någorlunda anständigt liv.

De förhållanden som gör att så många människor slås ut och att det är så svårt att komma tillbaka för den som blivit utslagen kan man inte

komma till rätta med genom vårdpolitiska insatser. Det handlar i stället om rätten till utbildning, arbete och bostad för alla och ett samhälle som präglas av större solidaritet än vad dagens konkurrenssamhälle gör. För att motverka utslagningen och förbättra rehabiliteringsarbetet behöver betydligt större krav än i dag ställas på samhällets åtgärder i dessa avseenden. Detta bör uttryckas i vårdlagstiftningen (SoL, LVM, LVU och LSPV).

Trots den mycket massiva kritik som finns anledning att rikta mot samhället för dess bristande insatser att motverka utslagning och rehabilitera missbrukare är det inte realistiskt att förvänta sig snabba positiva förändringar. Det första som måste ske är ju att överhuvud taget vända tendenserna i samhällspolitiken i en mer solidarisk riktning. Under tiden är det vår skyldighet att med alla till buds stående medel göra vad vi kan för att åtminstone förbättra den aktuella situationen för de tunga missbrukarna. Det innebär åtgärder på många olika områden. I vissa fall förutsätter dessa åtgärder att tvång måste utövas gentemot missbrukaren i fråga. Det verkar i dagsläget för en stor grupp tunga missbrukare vara det enda alternativet till total utslagning och förtidig död. Alla erfarenheter talar för att tvångsåtgärder i sig är ineffektiva för att på sikt rehabilitera en missbrukare. Ett ändrat levnadssätt förutsätter att den enskilde själv vill ändra på sitt liv. Ändock kan tvångsåtgärder motiveras. I första hand för att rädda liv — det är ju den yttersta förutsättningen för en rehabilitering. I andra hand för att få tid för att motivera den enskilde till förändringar av sitt liv och för att mobilisera de samhällsresurser som krävs för att dessa förändringar skall bli bestående.

Nuvarande förutsättningar, organisation och tidrymd för behandling med tvång har inte visat sig vara tillräckliga för att uppnå acceptabla resultat. Det har då ur min synpunkt sett bara funnits ett realistiskt alternativ — att vidga kriterierna, förändra själva vårdstrukturen och förlänga vårdtiderna. Därför kan jag i huvudsak tillstyrka socialberedningens förslag. Det är emellertid under en mycket bestämd förutsättning, nämligen att det ställs hårda krav på motprestationer från samhällets sida. Man kan säga så här: Ju längre tvångstider desto större krav på samhället för att göra omhändertagandet med tvång meningsfullt. Gäller det enbart ett kort akut omhändertagande behöver kraven inte vara större än att missbrukaren i fråga skall få medicinsk vård och en viss omvårdnad i övrigt. Med detta vill jag ha sagt att sviker samhället sin skyldighet att ställa upp för den enskilde missbrukarens berättigade krav på att få leva ett anständigt liv då har samhället heller ingen rätt att med tvång inkräkta på vederbörandes personliga integritet.

Särskilt yttrande av sakkunnige Bertil Håkansson

Initialt vill jag markera min uppfattning att socialberedningens förslag till indikationen för tvångsvård innebär både en påtaglig normutvidgning och införande av ett delvis nytt synsätt på när sådan vård skall, och inte bara får, tillgripas vid alkohol- och narkotikamissbruk.

Enligt den majoritetsuppfattning, som råder i beredningen, är det dessutom nödvändigt att vidga lagens tillämpningsområde för att säker-

ställa vård även för de personer, som utifrån ett beroende missbrukar andra sinnespåverkande preparat än alkohol och narkotika.

Normutvidgningen, det delvis nya synsättet och vidgningen av tillämpningsområdet är enligt min mening icke förenliga med de grundtankar, som utgör basen för vår socialpolitik sådan den utformats i socialtjänstlagen.

Detta innebär att tillsynsmyndighetens ansvar för att bevaka hur praxis vid tillämpning av lagen kommer att utvecklas borde poängteras avsevärt starkare än vad beredningen gör i sitt betänkande.

Detta gäller främst tillämpningen av den sociala indikation, som beredningen föreslår skall införas i lagen. Risken för att den skall innebära att lagen får karaktär av "klasslag" är eljest uppenbar.

Huvudmotivet för en social indikation är att den nu gällande lagen inte medger ingripande i sådana fall, där en för den enskilde missbrukaren social katastrof är förestående om inte dennes destruktiva leverne avbryts.

Jag delar därvidlag majoritetens uppfattning, men understryker nödvändigheten av att tillämpningen av lagen följs med utomordentlig skärpa av socialdepartementet och socialstyrelsen.

Vårdtidens längd

Socialberedningens förslag innebär att s k effektiv vårdtid införs. Detta innebär garanterad möjlighet till behandling i samtliga fall, men också att vårdtiden inte längre kan spolieras genom avvikningar etc. Förslaget är positivt, men med hänsyn till den möjlighet till effektivisering av tvångsvården förslaget innebär, har jag pläderat för att den längsta vårdtiden borde vara fyra månader.

Utbildning och handledning

Jag delar helt beredningens uppfattningar när det gäller nödvändigheten av en omfattande utbyggnad av såväl utbildningsresurser som resurser för handledning.

Det är dock angeläget att påpeka, att såväl metod- som processhandledning måste bli obligatoriska inslag snarast för alla dem som arbetar i psykosocialt behandlingsarbete för att motverka utbrändhet hos personalen och säkerställa en positiv utveckling av metoder och därmed kvalité och innehåll i socialtjänsten.

Tvångsvårdens handläggning

Av socialberedningens bedömningar och slutsatser framgår, att en omfattande resursförstärkning är erforderlig inom såväl den öppna som den institutionella vården.

Resursförstärkningen inom socialtjänsten bör bli ytterligt omfattande. En specialisering är dessutom, som beredningen också konstaterar, erforderlig.

Jag delar beredningens uppfattning och förutsätter att statsbidrag kommer att utgå till huvudmännen för att resursförstärkningar och spe-

cialisering skall kunna genomföras inför det att den nya lagstiftningen träder i kraft.

Med utgångspunkt från dessa synpunkter finner jag det anmärkningsvärt att beredningen i sitt förslag till handläggning av lagen stannat vid att föreslå att endast utredningsarbetet inför och inte ansökan om tvångsvård skall överföras till socialnämnden.

Redan det att utredningsarbetet påförs socialnämnden kräver ett så omfattande merarbete, att ansökan till länsrätten inte skulle nämnvärt öka arbetsbördan.

Jag kan dessutom inte finna några som helst hållbara argument i beredningens förslag för att bibehålla ansvaret för att göra ansökan om tvångsvård hos länsstyrelsen.

Resursförstärkningar och specialisering hos socialnämnderna säkerställer kompetens och rättssäkerhet och likformitet i tillämpningen av lagen i landet bevakas av länsrätterna och tillsynsmyndigheten utan att länsstyrelserna behöver delta i vare sig det direkta utredningsarbetet eller i handläggningen av ansökan.

Särskilt yttrande av sakkunnige Arne Gustavsson

Fackföreningsrörelsens grundläggande idéer om alla människors lika värde och om betydelsen av ömsesidigt stöd medmänniskor emellan för att befria sig från ofrihet och tvång, har starkt påverkat utvecklingen inom missbruksvården under de senaste decennierna.

I detta förslag, om utökade tvångsåtgärder mot människor som betraktas som missbrukare, kan man knappast spåra några inslag av dessa solidariska och demokratiska idéer. Tvärtom vilar förslaget på idéer som är gamla och förlegade inom vården och som snarast kan beskrivas som en övertro på ett myndighetsmässigt kontroll- och uppfostringssystem.

Jag avvisar därför själva utgångspunkten för detta lagförslag.

Innan jag går in på lagens konstruktion måste jag med beklagande konstatera att beredningen inte tagit del av de rika kunskaper som finns hos socialarbetarna på fältet, som har mycket goda erfarenheter av att samverka och stödja människor med missbruksproblem utan att använda direkta eller indirekta hot om tvångsåtgärder i sitt arbete. Helt nya perspektiv öppnar sig för dessa socialarbetare och arbetet baserar sig på en helhetssyn, inriktar sig på hela närmiljön och bedrives med en öppen och tillitsfull mänsklig relation som utgångspunkt.

På samma sätt beklagar jag djupt att beredningens majoritet inte förmått tillgodogöra sig de berörda människornas erfarenheter — de som verkligen prövat på det system som beredningen nu vill återinföra. Om klienternas kunskap åtminstone jämställs med tjänstemännens, skulle man blivit varse vilken djup och rik kunskapskälla som funnits tillgänglig även där. Men beredningen väljer att anlägga ett för våra dagar ovanligt okänsligt myndighetsperspektiv på problemen.

Därmed bäddar man också för kommande svårigheter att samverka med folkrörelser och klientorganisationer utöver det att man i sin iver att framstå som handlingskraftig skapar en lag som kommer att leda till ett förtryck av enskilda människor.

Mina allvarligaste invändningar mot själva lagförslaget gäller vårdtidens längd, grunderna för tvångsomhändertagande, och socialtjänstens roll.

Vårdtidens längd

Beredningens majoritet föreslår att tvångsvård skall kunna pågå i 6 månader. Under denna tid skall klienten kunna få vårdas i andra former, men om detta inte lyckas, låsas in igen på LVM-institution.

Detta är ett allvarligt avsteg från principen att tvånget i huvudsak skall vara till för att i nödsituationer rädda till liv och hälsa. I stället tänker sig beredningen att man genom den långa vårdtiden skall kunna "säkerställa" att behandlingen kommer i gång. Detta vet vi erfarenhetsmässigt är omöjligt. Om man berövar vuxna människor deras frihet så länge som sex månader kommer de att känna sig kränkta och göra ett kraftigt aktivt eller passivt motstånd mot alla försök till förändringar av sin missbruksituation. Det är så att erfarenheterna visar att där behandling på detta sätt sker under tvång under längre tid än som är nödvändigt för att återfå någorlunda psykisk och fysisk hälsa, kan den berörde uppfatta spriten eller narkotikan som den enda kvarvarande möjligheten till "frihet" i förvissningen om att i längden kan ingen hindra honom från att använda sådana preparat. Dessa till ytterlighet drivna motstånds- och trotsreaktioner är mycket väkända bland alla erfarna socialarbetare och väl beskrivna av klientrörelsen. Tvångsvården kommer med sådana förutsättningar att motverka sitt syfte.

Systemet att man under tvångsvårdstid skall kunna genomgå "frivillig" behandling och om man inte sköter sig kunna tas tillbaka till tvångsvård är destruktivt och uppfattas som ett straffsystem av berörda människor. Det bidrar också till spel och manipulation från både klienterna och vårdarbetarnas sida och driver klienten in i en beroende och förbarnsligad roll. Erfarenheterna att detta system från nykterhetsvårdslagens tid är liksom erfarenheterna från de långa tvångsvårdstiderna synnerligen dåliga.

Enligt min mening borde i stället tvångsvårdstiden förkortas till en månad och lagen göras till en ren akutlag för nödsituationer, samtidigt som insatserna i hemmiljön byggs ut och vidareutvecklas och stödet från samhällets sida till de frivilliga organisationerna förstärks väsentligt.

Grunderna för tvångsvård

Den nuvarande lagstiftningen inriktar sig på akuta och för individen farliga situationer där individen har ett trängande vårdbehov.

Beredningens förslag syftar till att vidga personkretsen så att personer som missbrukar annat än sprit och narkotika skall omfattas av lagen. En utvidgning sker också genom att tvånget skall användas även när det inte finns ett "trängande" vårdbehov, ja t o m i mer eller mindre "förebyggande" syfte för yngre människor.

Man markerar i förslaget denna utvidgning på flera sätt. Det räcker med att det finns ett vårdbehov – det behöver inte längre vara "trängan-

de". Att vederbörande "är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk" är en så löslig formulering att snart sagt varje människa med missbruksproblem kan innefattas i denna formulering, som bäddar för en godtycklig bedömning från beslutsorganens sida.

Lösligheten förstärks ytterligare av stadgandet att den människa som tvångsvårdas och som "till följd av missbruket utsätter sin psykiska eller fysiska hälsa för allvarlig fara eller allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt," ställer inte några större krav på faktisk bevisföring. Praktiskt taget alla missbrukare kan påstås utsätta sin hälsa fysiskt eller psykiskt för allvarlig fara. Med dessa formuleringar och i kombination med de ovan nämnda finns det inte längre något tvivel om att tvångsvård kan tillämpas på var och en av de 100 000 — 200 000 människor med missbruksproblem som vi har här i landet. Det kommer inte att vara möjligt att tvångsvårda hundratusentals människor så att urval måste göras. Rimligtvis kommer man då att anse att de som har en utsatt social situation, de som är fattiga och outbildade, är de som löper störst risk. Därmed har vi återigen en klasslag i full funktion.

Lika allvarlig är emellertid beredningens uttalade ambition att gripa in med tvång tidigare mot ungdomar, vilket ovanstående formuleringar ger större möjligheter till. Detta är enligt min mening djupt olyckligt då vi har utomordentligt dystra erfarenheter av ingripande mot unga vuxna människor med tvång. Tvånget och därav framkallade protester hos den berörde ger i dessa sammanhang erfarenhetsmässigt det resultatet att den tidigare svåra sociala situationen för individen förstärks till ett permanent utanförstående i samhället. En betydande del av de mest utslagna missbrukarna har under unga år "åtnjutit" tvångsvård genom nykterhetsvårdslagens bestämmelser. Det är djupt orättfärdigt att återskapa denna situation på det sätt som nu socialberedningen föreslår.

Jag anser att det även i fortsättningen skall krävas ett trängande vårdbehov och att indikationen "utsätter sin hälsa för allvarlig fara eller allvarligt försämrar sina levnadsförhållanden i övrigt" bör utgå.

Dessutom bör indikationen "kan befaras komma att allvarligt skada närstående" tas bort. Denna bestämmelse finns med i nuvarande LVM som ett uttalat provisorium i avvaktan på att misshandel på enskilt område skulle ställas under allmänt åtal. Detta är numera genomfört. Dessutom har indikationen nästan aldrig tillämpats.

Socialtjänstens roll

Beredningen föreslår att omedelbart omhändertagande skall kunna beslutas av socialnämnden, att i praktiken hela utredningen skall göras av socialtjänsten och att det skall finnas en skyldighet att initiera tvång när grunderna för detta är uppfyllda.

Eftersom grunderna är så vida att snart sagt varje människa med missbruksproblem kommer att omfattas av dem kommer socialarbetaren i praktiken att kunna avgöra relativt godtyckligt vilka som skall tvångsvårdas. Detta innebär i sin tur att socialarbetaren kommer att vara ytterst exponerad för de krav som alltid finns från de etablerade i samhället om att ta i med hårdare tag mot socialt utsatta grupper. Genom att det stad-

gas att tvång skall användas i sådana fall när vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen, tvingas socialarbetaren föreslå tvångsvård även då han är övertygad om att detta är till mer skada än nytta.

Sådana osäkra förhållanden skapar otrygghet och kommer att allvarligt försämra möjligheterna att skapa en positiv relation mellan socialarbetare och klient. Klienten kommer att känna sig helt utlämnad och i realiteten också vara det.

Det är vidare enligt min mening helt felaktigt att lägga beslutsansvaret på socialnämnden för de akuta ingripandena — de omedelbara omhändertagandena. Den nuvarande ordningen, att polisen har denna beslutsfunktion är den rätta. Det har också av allt att döma fungerat tillfredsställande att de samhällsorgan som har "ständig jour" också har denna akutuppgift.

Beredningens uttalade ambition att göra om LVM från en akutlag till en tvångsbehandlingslag öppnar för godtycke och därigenom är det än angelägnare än någonsin att en annan instans än socialtjänsten, som har ansvar för "behandlingen", skall besluta i dessa ärenden.

Rättssäkerheten kräver att beslutsfunktionen i sin helhet ligger utanför socialtjänsten. Andra än de som behandlar skall besluta om frihetsberövanden.

Av rättssäkerhetsskäl är det också viktigt att även utredningen, som nu, sköts av länsstyrelsen och inte minst att det även fortsättningsvis skall vara regel att utredande tjänsteman får personligen träffa klienten innan definitivt beslut tas om ansökan till länsrätten.

Även mer praktiska skäl motiverar att nuvarande ordning skall bibehållas. Det finns sannerligen angelägnare uppgifter för socialarbetaren än att sammanställa ett omfattande skriftligt material i dessa ärenden. Inom socialtjänsten är i allmänhet underbemanningen svår och socialarbetarnas viktigaste uppgifter är att möta människor — inte att skriva utredningar som andra kan göra bättre.

Jag har en lång rad ytterligare invändningar som jag av tidsskäl nu inte hinner utveckla.

Sammanfattningsvis anser jag att beredningens majoritet har på ett närmast ödesdigert sätt gått en destruktiv och konservativ opinion till mötes. Detta kommer att skada vårt samhälles utveckling och medföra onödigt mänskligt lidande för berörda människor.

I stället för att använda mer tvångsvård mot fler människor borde man ha gått motsatt väg. Jag anser också att vi på sikt bör lägga alla beslut om tvångsvård utanför socialtjänsten. I stället för att socialtjänsten skall engageras mer i tvångsvård borde vi med kraft och engagemang satsa på att utveckla en sådan samverkan mellan socialtjänsten, organisationer och enskilda människor att tvångsvård blir onödig därför att adekvata och attraktiva stöd och behandlingsinsatser kan ske med den enskildes fria vilja i hans egen hemmiljö.

Detta principiella ställningstagande om att lägga tvånget utanför socialtjänsten ansluter det särskilda yttrande som socialberedningens majoritet avgav i beredningens betänkande: Barns behov och föräldrars rätt (SOU 1986:20 sid 395).

Bilaga

LVM i gällande lydelse

Lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall i gällande lydelse, den 1 juni 1987, har intagits nedan. De bestämmelser i den nuvarande lagen som ändrats i den föreslagna lagen, har kursiverats.

Lag (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall

Allmänna riktlinjer för vården

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

Beredande av vård

2 § Om någon till följd av fortgående missbruk av alkohol *eller* narkotika är i *trängande* behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (1980:620) eller *annan lag, kan han oberoende av eget samtycke beredas vård enligt denna lag, förutsatt att också någon av de situationer som beskrivs i 3 § föreligger.*

Om någon för kortare tid ges vård med stöd av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, *utgör inte detta hinder för att samtidigt meddela* beslut om *vård* enligt denna lag.

3 § *I fall som avses i 2 § får vård beslutas, om den enskilde*
a. till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller
b. till följd av missbruket kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

4 § Länsrätten beslutar *om beredande av vård med stöd av denna lag.*

5 § Länsstyrelsen *utreder om det finns skäl att bereda någon vård enligt denna lag. Anses sådana skäl föreligga, skall länsstyrelsen ansöka om vård.*

Socialnämnden skall tillsammans med den som föreståt vården vid hemmet och den intagne förbereda stöd- och hjälpinsatser för tiden efter utskrivningen från hemmet. Sådana insatser skall främst inriktas på att tillgodose den intagnes behov av bostad, arbete eller utbildning. Socialnämnden skall utse en befattningshavare hos nämnden att svara för kontakterna med den intagne.

15 § Den som *vårdas med stöd av denna lag bör*, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, beredas tillfälle att *lämna det hem vari han intagits enligt 13 § för att på försök vårdas* i annan form *eller vistas i eget hem.*

16 § *Vårdtiden får förlängas med högst två månader, om den intagne till följd av sitt hälsotillstånd behöver ytterligare vård eller om det finns andra synnerliga skäl för förlängning.*

Beslut om förlängning meddelas av hemmets styrelse. Rätten att besluta får inte delegeras.

Särskilda befogenheter

17 § Den som *är omhändertagen eller intagen för vård med stöd av* denna lag *i ett sådant hem som avses i 11 §*, får inte inneha alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel, injektionssprutor eller kanyler eller något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Påträffas sådan egendom får den omhändertas.

Om det anses påkallat får den som *är omhändertagen eller intagen för vård* kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, när han kommer till *hemmet*, för kontroll av att han inte bär på sig något som han inte får inneha där. Detsamma gäller om det under vistelsen i hemmet uppkommer misstanke att sådan egendom skall påträffas hos honom.

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

Bestämmelserna i *första—tredje styckena* skall gälla för alla som vårdas vid ett *sådant hem som avses i 11 §*, om det är nödvändigt för att genomföra vården och upprätthålla ordningen vid hemmet och regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen medger det.

18 § För *omhändertagna och vårdtagare* som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn skall finnas *hem* som är anpassade för *sådan tillsyn.* Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, socialstyrelsen beslutar vilka hem som skall *anses som hem för sådan särskild tillsyn.*

19 § Den som *på grund av ett beslut om omhändertagande eller vård enligt denna lag vistas i ett sådant* hem som avses i *18 §* får hindras att lämna hemmet och i övrigt underkastas den begränsning av rörelsefriheten som är nödvändig för att vården skall kunna genomföras. Hans rörelsefrihet får också inskränkas när det behövs av hänsyn till andra intagnas eller till personalens säkerhet.

20 § Försändelser till den som *på grund av ett beslut om omhändertagande eller vård enligt denna lag vistas i* ett sådant hem som avses i *18 §* får kontrolleras, om det behövs med hänsyn till ordningen vid hemmet eller till den intagnes särskilda förhållanden. Om en ankommande försändelse innehåller egendom som inte får innehas enligt *17 §* får den omhändertas.

Målens handläggning

21 § Mål enligt denna lag skall *prövas* skyndsamt.

I mål om beredande av vård, där missbrukaren är omhändertagen enligt *8 §*, skall länsrätten företa målet till avgörande inom en vecka från den dag då ansökan om vård kom in eller, i fall som avses i *9 § tredje stycket*, från den dag då underställningen skedde. Om länsrätten har beslutat om omedelbart omhändertagande enligt *8 §* andra stycket, skall målet företas till avgörande inom en vecka från den dag då beslutet verkställdes. Länsrätten får förlänga dessa tider om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt. *Ett överklagat beslut om förlängning av vårdtiden skall av länsrätten företas till avgörande inom en vecka från den dag då besvären kom in.*

22 § I mål om beredande av vård med stöd av denna lag skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövligt. I andra mål prövar rätten om det finns skäl att hålla muntlig förhandling.

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

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

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

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

Övriga bestämmelser

25 § *Har fråga uppkommit om att någon skall beredas vård med stöd av denna lag skall länsstyrelsen* besluta om läkarundersökning *samt* utse läkare för undersökningen. Om *länsstyrelsens* ansökan *om vård* inte innehåller läkarintyg, får rätten *själv* föranstalta om läkarundersökning.

Polismyndigheten skall på begäran av länsstyrelsen eller rätten lämna biträde för att inställa en missbrukare till en beslutad läkarundersökning.

26 § Polismyndighet skall, på begäran av socialnämnd som har att föranstalta om verkställighet av ett beslut om vård eller omhändertagande med stöd av denna lag *eller av rätten*, lämna biträde för att inställa den som avses med beslutet vid det hem där intagning skall ske.

På begäran av den som förestår vården vid ett sådant hem som avses i 11 § skall polismyndigheten lämna biträde för att efterforska, hämta eller förflytta någon som skall tas in i hemmet eller som vårdas där med stöd av denna lag.

27 § Beslut av styrelsen vid ett hem som avses i 11 § eller av någon annan som förestår vården vid ett sådant hem får överklagas av den enskilde hos länsrätten genom besvär, om beslutet avser överflyttning enligt 13 §, *förlängning enligt 16 §* eller avslag på begäran om utskrivning.

Andra beslut enligt denna lag av styrelsen eller av den som annars förestår vården vid ett sådant hem som avses i 11 § får inte överklagas.

Beslut om läkarundersökning enligt 25 § får inte överklagas.

28 § Beslut om omhändertagande enligt *8 §* gäller omedelbart. Besvär över rättens beslut om omhändertagande är *ej* inskränkt till viss tid.

Beslut om överflyttning enligt 13 § andra stycket får förordnas att gälla omedelbart om det behövs från vårdsynpunkt. Andra beslut av styrelsen eller någon annan som förestår vården vid ett sådant hem som avses i 11 § gäller omedelbart.

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

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

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

En läkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med en missbrukare som kan antas vara i behov av vård *är skyldig att göra anmälan* till länsstyrelsen, om *inte* den vårdbehövande kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens försorg eller i övrigt inom sjukvården.

Myndigheter som anges i första stycket är skyldiga att lämna länsstyrelsen alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning *enligt denna lag.*

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

32 § Har alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel omhändertagits enligt *17* eller *20 §* eller har sådana påträffats inom ett *sådant hem som avses i 11 §* utan att det finns någon känd ägare till dem, skall

den som föreståt vården vid hemmet låta förstöra eller försälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagen egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m m Belopp som erhålls vid försäljning tillfaller staten.

Detsamma skall gälla i fråga om injektionssprutor *och* kanyler.

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

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

Beslut om vård enligt 4 § och i anledning av omhändertagande enligt 8 § fattas av länsrätten i det län som anges i andra stycket. Den länsrätt som meddelade beslutet om vård beslutar också i frågor som avses i 27 § första stycket. *Beslut av styrelsen vid ett hem som avses i 11 § om förlängning av vårdtiden enligt 16 § överklagas dock hos länsrätten i det län inom vilket hemmet är beläget.*

Statens offentliga utredningar 1987

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Otillbörlig efterbildning. [1]
Dödsboägande och samägande av jordbruksfastighet m. m. [2]
Folkstyrelsens villkor. [6]
Barnets rätt. [7]
Skydd för det väntade barnet. [11]
Översyn av rättegångsbalken 3. [13]
Mordet på statsminister Olof Palme. [14]
Franchising. [17]
Internationella familjerättsfrågor. [18]

Utrikesdepartementet

Svenska försvarsindustrins utlandsverksamhet. [8]

Försvarsdepartementet

Det svenska totalförsvaret inför 90-talet. [9]

Socialdepartementet

Legitimation för vissa kiropraktorer. [12]
Läkemedel och hälsa. [20]
Äldreomsorg i utveckling. [21]
Missbrukarna Socialtjänsten och Tvånget. [22]

Finansdepartementet

Långtidsutredningen '87. [3]
Indrivningslag m. m. [10]

Arbetsmarknadsdepartementet

Varannan damernas. [19]

Civildepartementet

En ny kyrkolag m. m. Del 1. [4]
En ny kyrkolag m. m. Del 2. [5]
Begravningslag. [16]

Miljö- och Energidepartementet

Miljöskadefond. [15]

Anm. Siffrorna inom klammer betecknar utredningens nummer i den kronologiska förteckningen.

KUNGL. BIBL.
STOCKHOLM

Statens offentliga utredningar 1987

Kronologisk förteckning

1. Otillbörlig efterbildning. Ju.
2. Dödsboägande och samägande av jordbruksfastighet m. m. Ju.
3. Långtidsutredningen '87. Fi.
4. En ny kyrkolag m. m. Del 1. C.
5. En ny kyrkolag m. m. Del 2. C.
6. Folkstyrelsens villkor. Ju.
7. Barnets rätt. Ju.
8. Svenska försvarsindustrins utlandsverksamhet. Ud.
9. Det svenska totalförsvaret inför 90-talet. Fö.
10. Indrivningslag m. m. Fi.
11. Skydd för det väntade barnet. Ju.
12. Legitimation för vissa kiropraktorer. S.
13. Översyn av rättegångsbalken 3. Ju.
14. Juristkommissionens rapport om händelserna efter mordet på statsminister Olof Palme. Ju.
15. Miljöskadefond. ME.
16. Begravningslag. C.
17. Franchising. Ju.
18. Internationella familjerättsfrågor. Ju.
19. Varannan damernas. A.
20. Läkemedel och hälsa. S.
21. Äldreomsorg i utveckling. S.
22. Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget. S.

KUNGL. BIBL.
1987-08-11
STOCKHOLM



ALLMÄNNA FÖRLAGET

ISBN 91-38-09713-3
ISBN 0375-250X