

9 Missbruk och LVM-vård ur ett genusperspektiv

9.1 Inledning

Detta kapitel tar bland annat upp frågan om missbruk och LVM-vård ur ett genusperspektiv. Manligt och kvinnligt bruk och missbruk belyses i form av könsmissiga likheter och skillnader samt synen på ”den missbrukande kvinnan”. Vidare behandlas frågan om gravida kvinnor och tvångsvård utifrån den diskussion som har förevarit allt sedan LVM:s ikraftträdande. Sistnämnda fråga har dels tagits upp av enskilda kommuners socialtjänst och länsrätter i samband med utredningens intervjuer med företrädare för dessa myndigheter, dels i motioner som väckts i riksdagen sedan framför allt andra hälften av 1990-talet.¹ Frågan har fått en förnyad aktualitet sedan det i Norge 1996 infördes en särskild undantagsbestämmelse i *Sosialtjensteloven* (§ 6-2 a) enligt vilken det är möjligt för fylkesnämnden att med hänsyn till det väntade barnet besluta om kvarhållningsrätt på institution om en gravid kvinna med missbruksproblem inte accepterar frivillig vård. Mina överväganden och förslag i denna del redovisas i avsnitt 16.18.

9.2 Manligt och kvinnligt bruk och missbruk: konsumtionsmönster och behandlingsinsatser

9.2.1 Alkoholkonsumtion

Män och kvinnors alkoholkonsumtion skiljer sig åt i alla länder och kulturer: allmänt sett har män en högre konsumtion – och den är dessutom mer accepterad och legitim. I en artikel med den talande

¹ Exempelvis väckte Marita Aronson (fp) vid riksmötet 2002/03 en motion (2002/03:So286) där hon yrkar att riksdagen skall göra ett tillkännagivande om ”inrättande av en lag om tvångsvård för gravida kvinnor”. Motionen har vid tidpunkten för överlämnandet av LVM-utredningens betänkande ännu inte behandlats av socialutskottet. Vid innevarande riksmöte har Aronson återkommit med en i princip likalydande motion (2003/04:So509).

titeln *Rus – ett manligt privilegium?*² återger Näsholm (1997) ett uttalande av romaren Aelianus: ”En kvinna som älskar att dricka är ett monstrum och ett ännu ohyggligare vidunder är den kvinna som berusar sig”.

Olika förklaringsmodeller har presenterats,² men ingen har enligt Jacobsson (2003) lyckats presentera ”en hållbar teori som tillfredsställande förklarar orsaken till varför kvinnor generellt dricker mindre alkohol än män, därmed kan man säga att könsskillnaden i alkoholkonsumtionen fortfarande är oförklarade”.

Den *totala* alkoholkonsumtionen (uttryckt i 100 % alkohol) har ökat från 8,0 till 9,9 liter per invånare (15 år och äldre) mellan åren 1996 och 2002 (Leifman & Gustafsson 2003, Leifman 2003). Ökningen kan framför allt förklaras med ett ökat antal konsumtionstillfällen, både när det gäller män och kvinnor. Forskarna Margaretha Järvinen och Hildigunnur Olafsdóttir (1984) konstruerade för 20 år sedan en typologi över nordiska kvinnors dryckesmönster. Att kvinnor dricker oftare och mer – vinet hade dessförinnan inte någon särställning som ”kvinnodryck” – benämndes ”det nya feminina dryckesmönstret”, medan man menade att en del kvinnor i stället anammade ”det maskulina dryckesmönstret”. Kvinnor i denna senare kategori dricker inte oftare men *större mängder* per gång.

”Den dramatiska förändringen i kvinnors alkoholkonsumtion och konsumtionsmönster”, konstaterade Alkoholpolitiska kommissionen i ett av sina delbetänkanden, ”ligger framför allt i att kvinnor dricker alkohol – även i vardagliga sammanhang” (SOU 1994:28 s. 32). Kulturella normer, lagar och sanktioner begränsade tidigare kvinnors alkoholkonsumtion (Melin & Näsholm 1998). *Då* – ”i det borgerliga ideal, som blev mönsterbildande i början av 1900-talet” (SOU 1994:28 s. 31) – ingick inte i bilden av kvinnan som ansvarstagande maka och mor att hon skulle dricka alkohol. Detta synsätt levde kvar fram till motbokens avskaffande 1955; under motbokstiden var det mer regel än undantag att kvinnor inte hade rätt till en egen ranson.³ *I dag* finns inga formella restriktioner för kvinnor att köpa sprit. Kvinnors ökade alkoholbruk har även

² Se exempelvis Milton (1994): I Backanternas fotspår. Utdrag ur Miltons rapport återges som bilaga 5 i Alkoholpolitiska kommissionens delbetänkande Kvinnor och alkohol (SOU 1994:28).

³ Giftna kvinnor och tjänstekvinnor av lägre rang hade inte rätt att inneha egen motbok, då ”dessa ansågs redan tillhöra ett hushåll där någon hade rätten att inköpa spritdrycker” (Helling 1987, s. 123). Ensamtstående kvinnor ”med god vandel” kunde dock efter ansökan få inköpsrätt, men med avsevärt lägre tilldelning än män (SOU 1994:28 s. 31 samt Christina Anderssons underlagsrapport, bilaga 3 till sistnämnda betänkande).

setts som en emancipatorisk strategi (ibid., s. 32). Men detta innebär inte att synsättet på ”den missbrukande kvinnan” i grunden har förändrats (se vidare avsnitt 9.2.4).

Kvinnors självrapporterade konsumtion har ökat signifikant mellan 1990 och 1998. Mot den bakgrunden förs det både i Sverige och internationellt en diskussion om den s.k. konvergenshypotesen enligt vilken mäns och kvinnors konsumtionsvanor håller på att utjämnas (Spak 2003). I Sverige är livstidsprevalensen för alkoholism, dvs. andelen som någon gång under livet blir alkoholberoende, 10–15 procent för män och 3–6 procent för kvinnor. Enligt konvergenshypotesen skulle denna skillnad alltså vara på väg att försvinna, men forskaren Bo Söderpalm (2003) har påpekat att den ökade prevalensen för alkoholberoende hos kvinnor under 1900-talets senare hälft numera avtagit. Aktuella prevalenstal är relativt stabila, vilket innebär att alkoholberoende är dubbelt så vanligt bland män som hos kvinnor. Sociologen Karin Helmersson Bergmark (2002, s. 30) menar likaså att den konvergens som man har kunnat påvisa efter 1970-talet har varit ”ytterst modest”; i själva verket är skillnaderna mellan könen fortsatt stora. ”Från tidigt 1980-tal har det därför också funnits ett kontrasterande forskningsperspektiv”, skriver hon, ”där man istället ställt frågor om varför kvinnor fortsätter att dricka så litet” (ibid., s. 31).

Både män och kvinnor dricker mest i början av 20-årsåldern. För männens del minskar sedan konsumtionen fram till *början* av 30-årsåldern, medan kvinnor minskar sin konsumtion fram till 35-årsåldern.

För männen ligger konsumtionen sedan kvar på ungefär samma nivå för att därefter med början i 40-årsåldern uppvisa en gradvis minskad konsumtion med stigande ålder fram till mitten av 50-årsåldern. Bland kvinnorna däremot är det snarare frågan om en viss konsumtionsökning efter den relativt sett låga konsumtionen runt 30-35-årsåldern, en ökning som når sin kulmen i början av 40-årsåldern (42–43-åringar) och som sedan ligger kvar på ungefär samma nivå fram till mitten av 50-årsåldern. Därefter minskar konsumtion gradvis med ökad ålder fram till slutet av 60-årsåldern. De därpå följande åldersgrupperna uppvisar små konsumtionsskillnader. (Leifman & Gustafsson 2003, s. 38).

Att sociala förväntningar och rollbeteenden varierar mellan olika åldersgrupper kan, enligt Leifman och Gustafsson (2003), förklara både det faktum att konsumtionen i stort sett minskar i takt med ökad ålder efter den höga nivån i 20-årsåldern och de undantag som finns från denna generella tendens. Som ett exempel pekar man på

att den relativt låga alkoholkonsumtionen bland kvinnor i 30-årsåldern förmodligen beror på faktorer som graviditet, amning och rollen som småbarnsförälder.

Andelen storkonsumenter bland män och kvinnor varierar betydligt mellan å ena sidan landets tre största städer (Stockholm, Göteborg och Malmö) och å andra sidan landet i övrigt, vilket åskådliggörs i tabell 9:1 som baseras på en undersökning omfattande 5 600 individer som SCB genomförde våren 2002. Man kan på goda grunder anta, menar Fredrik Spak (2003, s. 296), ”att personerna med de högsta intagen av alkohol är de som står för en stor del av ökningen av vårdbehov för alkoholrelaterade problem de senaste två åren”.

Tabell 9:1. Andel storkonsumenter i storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö och utanför storstäderna för män respektive kvinnor.

Storkonsumtion		Storstäder	Ejorstäder	Totalt
Män	30 g/dag (ca 3 fl vin/vecka eller 67 cl sprit/vecka)	11 %	5 %	6 %
Kv.	20 g/dag (ca 2 fl vin/vecka eller 44 cl sprit/vecka)	4 %	2 %	2 %

Anmärkning: Uppgifterna bygger på en undersökning genomförd av SCB år 2002 på uppdrag av SoRAD. Datainsamlingen genomfördes via telefonintervjuer till ett riksrepresentativt urval av den svenska vuxna befolkningen i åldrarna 16–80 år. Sammanlagt 5 600 personer intervjuades, vilket gav en svarsfrekvens på 60 procent. En rapport av fil dr Håkan Leifman, SoRAD, beräknas vara färdigställd under våren 2004.

Dryckesmönstret i staden skiljer sig från landsbygdens och den yrkesarbetande, högutbildade kvinnans dryckesmönster skiljer sig från mönstret hos den arbetslösa eller icke-yrkesutbildade (SOU 1994:28, s. 33). Historikern Lennart Johansson (2001) har i en artikel diskuterat nordisk nykterhetsrörelse, och menar att det sedan lång tid tillbaka har funnits en spänning ”mellan landsbygd och stad, mellan rurala och urbana områden”. Med hänvisning till Kertil Bruun framhåller Johansson, att relationen mellan stad och landsbygd alltjämt är en väsentlig faktor att ta hänsyn till vid analyser av övergripande dryckesmönster. Bruun har i några av sina senare undersökningar visat att det finns ett positivt samband mellan å ena

sidan hög urbaniseringsgrad och å andra sidan en ökad alkoholkonsumtion.

9.2.2 Tungt narkotikamissbruk

Som narkotikamissbruk klassificeras i Sverige allt icke medicinskt bruk av narkotika. Siv Byqvist har i sin avhandling *Svenska narkotikamissbrukande kvinnor och män* (1997) visat att för dessa var tiden från debut till regelbundet bruk (> 2 dagar i veckan) för 54 procent av kvinnorna och 53 procent av männen högst ett år; i genomsnitt 1,3 år för kvinnor och 1,8 år för män. Byqvists studie ger stöd för antagandet att narkotikamissbrukande kvinnor har en kortare introduktionsperiod och snabbare övergång till ett tungt missbruk⁴ (ibid., s. 75ff.). Kvinnors andel av narkotikarelaterade dödsfall minskade under 1990-talet jämfört med 1980-talet; under 1990-talet uppgick den i genomsnitt per år till 22 respektive 30 procent av samtliga (CAN 2003, s. 110).

Beträffande det tunga narkotikamissbruket har andelen kvinnor varit relativt konstant (22–24 procent) i de tre case-findingstudier som genomförts sedan 1979.⁵ Vid den senaste, 1998 års MAX-studie, konstaterades att det inte fanns någon större skillnad mellan mäns och kvinnors fördelning på olika åldersgrupper; störst andel finns i gruppen 30–39 år (41 procent), medan 30 procent är 40 år eller äldre. Drygt hälften av de med tungt missbruk i MAX-studien hade missbrukat narkotika i 10 år eller mer; någon större skillnad mellan män och kvinnor fanns inte heller i detta avseende. Bland kvinnor med injektionsmissbruk använder en större andel centralstimulantia och en lägre andel cannabis jämfört med män med tungt missbruk (Olsson, Adamsson Wahren & Byqvist 2001).

Blomqvist (2002) har i sin studie om människors väg ut ur etablerat narkotikamissbruk konstaterat, att mäns och kvinnors erfarenheter från det aktiva missbruket skiljde sig markant åt i vissa avseenden. Kvinnorna använde i högre utsträckning än män droger för att dämpa ”oönskade känslor” och som ”ett ’skydd’ mot en

⁴ Definieras som ”injicerat någon gång under senaste året eller dagligt eller så gott som dagligt bruk under senaste fyra veckorna”. (Se vidare kapitel 2).

⁵ Case-findingmetoden innebär en kartläggning av hur många personer (cases) som myndigheter, organisationer och andra instanser känner till som använder exempelvis narkotika. Metoden har tidigare använts 1972 och 1992 vid de s.k. UNO-undersökningarna för att kartlägga det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige.

verklighet de med tiden haft allt svårare att stå ut med” (s. 207).⁶ Kvinnorna hade också i större utsträckning varit utsatta för våld och ”kontrollerade” av de män som de hade sammanbott med.

Etnologen Annette Rosengren förmedlar i sin bok *Mellan ilska och hopp* (2003) delvis en motbild mot den gängse uppfattningen om drogberoende och tillika hemlösa kvinnor. Rosengren lyfter fram dessa kvinnors överlevnadskompetens, stolthet och integritet, men också deras ilska och förtvivlan utifrån samhällets oförmåga att ge dem stöd och hjälp på deras egna villkor.

9.2.3 Behandlingsinsatser och vändpunkter

I en tvärsnittsräkning som Socialstyrelsen gjorde i april 2001⁷ var totalt 20 200 personer, varav 31 procent kvinnor, föremål för någon form av missbrukarvård. Drygt en tredjedel (34 procent) av de svarande enheterna uppgav att de hade särskild behandlingsverksamhet för kvinnor (Socialstyrelsen 2002d). Kvinnornas andel var något högre i öppenvård än i olika slutenvårdsformer. Av intagna på LVM-hem utgjorde de 30 procent under 2002, medan deras andel av intagna enligt SoL var 21 procent.⁸

När det gäller tänkbara och faktiska ”vändpunkter” som gör att människor med ett aktivt missbruk trots allt upphör med detta, redovisar Jan Blomqvist (2002) en viktig skillnad mellan mäns och kvinnors erfarenheter: Män nämner framför allt ”yttre” skäl och anför de egna barnen i betydligt mindre utsträckning än kvinnor.

Flertalet av de kvinnliga ’sjävläkarna’ relaterar direkt sitt beslut att sluta med droger till en graviditet eller till en känsla att ha svikit och en vilja att ta ansvar för sina barn. Bland de kvinnor som sökt behandling är ett framträdande skäl en önskan att återfå vården om egna barn som omhändertagits. (ibid., s. 208)

Samma resultat redovisade Johnsson och Fridell (1999) några år tidigare utifrån intervjuer med narkomaner som hade gjort självmordsförsök. Några av de intervjuade männen nämnde barnen som

⁶ Olika feministiska studier som Lander (2003) hänvisar till pekar i samma riktning, dvs. drogbruket som en form av självmedicinering för att ”stå ut med livet som kvinna” (s. 78).

⁷ Socialstyrelsen (2002d): *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 2 april 2001* (IKB 2001). Motsvarande mätning gjordes den 30 mars 1999 (IKB 1999); se vidare Holmberg (2001).

⁸ SiS: *SiS årliga statistik 2002*. Vissa av LVM-hemmen tar även emot klienter med stöd av SoL.

viktiga delar i deras liv, men barnen hade ändå ingen avgörande betydelse för männens beslut att upphöra med missbruket.

En viktig slutsats är därför, konstaterar Mats Fridell (2002), att kvinnor i olika skeden av sitt aktiva missbruk är mer mottagliga för behandling än vad de annars skulle ha varit. I en studie av personer med narkotikamissbruk som gjort självmordsförsök konstateras likaså att "en faktor av stor betydelse" för kvinnorna är moderskapet "som öppnar vägen till en ny identitet, en känslomässigt viktig relation och upplevelsen av att vara som andra kvinnor" (Johnsson & Fridell 1999, s. 47). Barnet kan bli den drivkraft som får dem att bryta missbruket, skapa struktur i livet och börja blicka framåt. Men – för de kvinnor som inte klarar av att bryta sitt aktiva missbruk kan socialtjänstens omhändertagande av deras barn bli "ytterligare ett stigma", ett synbart bevis på att de inte duger i rollen som mödrar (ibid, s. 47).

9.2.4 "Den missbrukande kvinnan" ur ett genusperspektiv

Föreställningen om missbruk och personer med missbruksproblem påverkas av samhällets normer och värderingar i vid bemärkelse.⁹ Ingrid Lander (2003) menar för sin del att bilden av "den narkotikamissbrukande kvinnan" skapas och återskapas utifrån avvikelse- och genuskonstruktioner vilka är ett resultat av dels föreställningar om hur en kvinna är, skall och bör vara, dels föreställningen om normalitet och avvikelse. Förväntningarna kring *den goda kvinnan* formar synen på *den dåliga kvinnan* och vice versa. Missbrukande kvinnor framställs inte bara som avvikare i litteraturen, utan också som "annorlunda" i förhållande till både missbrukande män och "vanliga" kvinnor. "Hon antas", framhåller Lander, "sakna något som andra 'normala' kvinnor har" (s. 298).

I sin bok *Att sluta med narkotika – med eller utan behandling* (2002) refererar Jan Blomqvist till den norska psykologen och forskaren Fanny Duckert som hävdar, att forskning om missbruk och personer med missbruksproblem ofta bedrivits "av män om män", vilket bidragit till att missbrukarvården inte kunnat svara upp mot kvinnors särskilda situation och behov (Blomqvist 2002, s. 206). Ingrid Lander kritiserar i sin avhandling *Den flygande maran*

⁹ På samma sätt finns det inom forskningen olika konkurrerande forskningstraditioner som fokuserar på olika aspekter på missbruk. Det dominerande fältet utgörs enligt Ingrid Lander (2003) av vad hon benämner för "filantropisk forskning" inom socialt arbete med fokus på behandling och moderskap utifrån en socialpsykologisk ansats.

(2003) den samhällsvetenskapliga forskningen om narkotikamissbruk för att ha varit "genusblind".

Historiskt sett har enkönade behandlingshem varit mest vanligt förekommande i Sverige, såväl i vuxen- som ungdomsvården. I princip har det enbart varit under en 20-årsperiod – från slutet av 1960- till början av 1980-talet – som det förekom samkönade behandlingsavdelningen såväl inom frivillig- som tvångsvården (Laanemets 2002).

Leili Laanemets (2002) har i sin avhandling i socialt arbete intervjuat kvinnor och behandlingspersonal vid fyra olika enheter med vitt skilda inriktningar, därav ett LVM-hem.¹⁰ Allmänt sett utgick behandlingspersonalen från antaganden om att en kvinna med missbruksproblem har vissa egenskaper och könstypiska beteenden, kvinnors problem förutsätts vara "svårare" och de anses ofta ha en sämre självkänsla jämfört med män, de uppfattas vara mera destruktiva och "gränslösa" i sitt missbruk. De uppfattades också ha svårare att sluta med sitt missbruk. Eftersom de inte ansågs ha fått möjlighet att "bli kvinnor" var personalens uppfattning att kvinnor behövde mer tid i behandling. Många av de behandlingshem som vänder sig till kvinnor väljer därför att utforma behandlingen och aktiviteterna annorlunda för kvinnor jämfört med män. I en studie av ett antal sådana institutioner, varav tre var LVM-hem, fann sociologen Carin Holmberg (2000) att samtalsformen användes på olika sätt behandling av män och kvinnor:

Kvinnor antas må bättre om de ägnar sig åt att diskutera sitt förflutna medan mäns rehabilitering byggs på att man organiserar deras kommande liv, bortom missbruket. Kvinnor bör tala om hur "förnedrade" de blivit av män, medan män som förnedrat kvinnor inte förväntas behöva bearbeta detta i samtal. Det tycks som att man antar att det skapar djupa psykologiska problem för den enskilda kvinnan och i det närmaste inga alls för den enskilde mannen; att ha blivit utnyttjad men inte att utnyttja, att ha blivit slagen men inte att slå. (Holmberg 2000, s. 37)

Vid de tre LVM-hemmen ansåg personalen att det fanns vissa tydliga skillnader mellan hur kvinnliga och manliga klienter samtalar och interagerar. Samma uppfattningar har även framkommit hos personal inom ungdomsvården (Andersson 1998), varför dessa

¹⁰ En mer ingående redovisning av dessa kvinnors berättelse ges av Mats Hilde och Leili Laanemets: *Berättelser om missbruk och vård. Om missbrukande kvinnor i fyra olika behandlingsprogram* (2000).

antaganden om kvinnor och flickor i behandling som mer ”problematiska” och ”svåra” tycks vara ganska cementerade.

Det är mot bakgrund av detta synsätt man skall se utformningen av behandlingsprogrammets aktivitetsscheman och HVB-hemmens inredningar, som markant skiljer sig åt mellan å ena sidan behandlingsinstitutioner för kvinnor och å andra sidan motsvarande institutioner för män (Laanemets 2002). Lander (2003) har pekat på att behandlingar och annan programverksamhet inom kriminal- och narkomanvården till stor del utgår från föreställningar om hur en kvinna *bör* och *skall* vara:

Innehållet sas vara ’kvinnligt’ när det handlade om omsorg om kropp, själ, hem och hälsa. Där fick de lära sig sy, sticka, laga mat och de hade samtal enskilt och i grupp om sina erfarenheter av smärta och sorg. Ett innehåll som sas vara till för att de skulle lära sig uppskatta sig själv som kvinnor och ’våga vara kvinnliga’. Dessa program skedde i avskildhet från samhället och var ett led i deras normaliserings- och feminiseringsprocess. De ’missbrukande’ och ’kriminella’ kvinnor var som ett eget väsen, något onaturligt och oönskat, något som måste fångas, hållas och omstöpas. (Lander 2003, s. 298)

9.3 Frågan om graviditet och missbruk

Fysiska och psykiska skadepanoramata

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har i sin evidensbaserade kunskapssammanställning *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem* (2001) gjort en genomgång av forskning om upptäckt och behandling av kvinnor med riskabel alkohol- och narkotikakonsumtion under graviditeten. Föreliggande avsnitt baseras på såväl denna kunskapssammanställning som andra källor.

Narkotiska preparat

”Kvinnor med narkotikaproblem blir också mödrar”. Detta påpekande kan tyckas vara något av en truism, men Socialstyrelsen (1993c) tyckte att det fanns anledning att påminna om detta i rapporten *Drogmissbruk och föräldraskap* mot bakgrund av att dessa mödrar och barn var en tämligen bortglömd eller förbisedd grupp.¹¹ Ungefär 100–130 barn föds årligen av mödrar med narkotikamiss-

¹¹ Barn till narkotikamissbrukande föräldrar uppmärksammades på allvar genom Ingrid Claezons monografi *Mot alla odds: barn till narkotikamissbrukare berättar om sin uppväxt* (1996).

bruk. Forskarna Karin Nyberg och Peter Allebeck har i en kunskapsöversikt från 1998 framhållit att underlaget beträffande skadeeffekterna på barnet är ”mer osäkert” jämfört med studier av alkoholens effekter. Anledningen är framför allt att man inte observerat dessa effekter under lika lång tid. Det som också är en komplicerande faktor är förekomsten av ett samtidigt bruk av både alkohol och narkotika, vilket gör det svårt att isolera olika påverkansfaktorer. Utifrån vad som är känt i dag tycks flertalet narkotiska preparat inte ge upphov till fetala skador. Amfetamin kan dock ge missbildningar och neurologiska skador och kan också öka risken för plötslig spädbarnsdöd (Österling 2002).

I tabell 9:2 sammanfattas graviditetskomplikationer för kvinnan samt konsekvenser för fostret och det blivande barnet vid användning av olika typer av narkotika. Beträffande metadon bör påpekas, att detta preparat ges i form av underhållsbehandling till heroinister under starkt kontrollerade former (SOSFS 1990:16 jämte följdändringar). Nyberg & Allebeck (1998) framhåller i sin kunskapsöversikt att en fördel med denna behandlingsform är att fostret inte utsätts för upprepade abstinensstillstånd och att gravida kvinnor ”i mycket större utsträckning nås av mödravård, äter bättre, och över huvud taget lever ett sundare och lugnare liv, med mindre kriminalitet, prostitution m.m.” (s. 18).

Tabell 9:2. Graviditetskomplikationer för kvinnor och konsekvenser för fostret/barnet vid kvinnans användning av olika narkotiska preparat under graviditeten.

<i>Drug</i>	<i>Graviditetskomplikationer för kvinnan</i>	<i>Konsekvenser för fostret/barnet</i>
Amfetamin	Prematur förlossning < 37:e veckan Tillväxthämning Ökad risk för infektioner p.g.a. dåligt allmäntillstånd	Prematuritet Tillväxthämning Missbildningar av skilda slag finns beskrivna
Bensodiazepiner	Tillväxthämning (vid högdosering)	Vid terapeutiska doser finns inga vetenskapliga belägg för skador
Cannabis	Prematur förlossning < 37:e veckan Tillväxthämning p g a hög tobaks-konsumtion	Prematuritet Lägre födelsevikt Ökad risk för missbildningar (ex.vis skelning och närsynthet) Stegrad mororeflex
Ecstasy	Forskningsresultat saknas	Forskningsresultat saknas
Heroin	Prematur förlossning < 37:e veckan Tillväxthämning Placentaavlossning Intrauterin fosterdöd Ökad risk för infektioner p g a dåligt allmäntillstånd	Prematuritet Tillväxthämning
Kokain	Prematur förlossning < 37:e veckan Tillväxthämning Missfall För tidig avlossning av placenta	Generell tillväxthämning avseende både längd, vikt och huvudomfång Missbildningar Microcephali Samband mellan urogenitala missbildningar och kokainmissbruk Hjärnfarkt, såväl före som under förlossningen Hjärnblödning Plötslig spädbarnsdöd tre-sju ggr vanligare
LSD	Forskningsresultat saknas	Forskningsresultat saknas
Metadon	Inga komplikationer vid legal förskrivning	Tillväxthämning

Källa: Sammanställning som baseras på en bearbetning av Harland (u å): *Hur gör man för att upptäcka missbruk hos blivande föräldrar?* (Beroendecentrum Syd, SLL).

Alkohol

Resultatet av den första vetenskapliga undersökningen om risken med att dricka alkohol under graviditeten publicerades redan 1899.¹² Men redan i Bibeln uppmärksammas vådan av att dricka alkohol under graviditeten. Simsons mor får följande uppmaning: *Du kommer att bli havande och föda en son. Du får inte dricka vin eller starka drycker och inte äta någonting orent (Domarboken 13:6).*

Allmänt sett har alkoholen – såvitt nuvarande forskningsresultat utvisar – en betydligt större skadlig inverkan på fostret/barnet jämfört med narkotika. I Sverige redovisades 1980 en studie som visade att 4 % av gravida kvinnor använde > 30 cl starksprit per dag och använde narkotika under graviditeten samt att ytterligare 7 % använde motsvarande 8–30 cl starksprit per dag under graviditet (SBU 2001, vol. 2).

Antalet alkoholskadade barn kan därför antas vara betydligt fler än de som diagnostiseras under sitt första eller andra levnadsår (Socialstyrelsen 1993a). Barnmorskan Mona Göransson och medarbetare (2003) har i en studie visat att nästan hälften av 1 100 gravida kvinnor som besvarade frågeformuläret AUDIT¹³ om sina dryckesvanor under graviditeten och året dessförinnan, uppvisade *binge drinking*¹⁴ vid ett eller flera tillfällen per månad medan 6 procent uppgav detta dryckesmönster vid varje dryckestillfälle. Under graviditeten fortsatte 30 procent att regelbundet dricka alkohol.

Det finns inte någon ofarlig konsumtionsnivå som är vetenskapligt fastlagd. Redan 1977 framförde ett forskarlag vid Östra sjukhuset i Göteborg under ledning av med dr Ragnar Olegård, att det är sannolikt att även lägre konsumtionsnivåer som sker regelbundet kan ha ogynnsamma effekter på fosterutvecklingen (Olegård et al. 1977). Risken för missbildningar antas vara större under första tredjedelen av graviditeten; ”i synnerhet effekterna av kraftigt berusningsdrickande kan ha en särskild skadlig effekt under vissa kritiska skeden i fosterutvecklingen” (Nyberg & Allebeck 1998, s. 8). Vetenskapliga studier har visat att berusningsdrickande kan ge skador på

¹² Sullivan, W C (1899). A note on the influence of maternal inebriety on the offspring. *J Ment Sci* 45; 589–503. Denna undersökning jämte den historiska utvecklingen belyses på ett utmärkt sätt av Olegård et al. i artikeln Alkohol och graviditet, *Läkartidningen* 1977, 74:3074–3080.

¹³ AUDIT = Alcohol Use Diagnostic Identification Test. AUDIT är ett instrument som mäter riskfylld alkoholkonsumtion. Se vidare Bergman & Källmén (2000, 2003).

¹⁴ Alkoholens konsumtionsmönster brukar delas in i tung alkoholkonsumtion (*heavy drinking*), måttlig konsumtion (*moderate drinking*) och berusningsdrickande (*binge drinking*). Sistnämnda definieras som fem drinkar eller mer vid ett och samma tillfälle (drink = 10–12 gram alkohol).

den växande fosterhjärnan oberoende av om det genomsnittliga alkoholintaget per vecka inte är särskilt högt (Österling 2002). Med dr Agneta Österling har i en artikel påpekat, att "sannolikt finns inte heller *en* enda riskdos när det gäller uppkomsten av alkoholrelaterade missbildningar, utan snarare en riskdos för varje typ av skada som i sin tur varierar med tidpunkten i graviditeten" (Österling 2002, s. 97).

Vid en hög konsumtion finns en risk att barnet föds med fetalt alkoholsyndrom (FAS) som är en samlingsdiagnos för tre typer av födelsedefekter: tillväxthämning (både före och efter födseln), utvecklingshämning (intellektuellt och motoriskt) samt strukturella förändringar och missbildningar (framför allt ansikte/huvudregion).¹⁵ För diagnosen FAS krävs att det finns symtom ur samtliga dessa tre domäner. Fetala alkoholeffekter (FAE) föreligger om det finns 1–2 positiva kriterier ur 1–2 av ovanstående domäner, samt att kvinnan har ett känt alkoholmissbruk. FAE har ibland karaktäriserats som "en mindre allvarlig form" av fetalt alkoholsyndrom, men Österling (2002) anser inte att detta är korrekt, eftersom både FAS och FAE ger en bestående symtom- och problembild.

Förekomsten av FAS bland nyfödda barn varierar; i den första svenska studien om FAS från slutet av 1970-talet rapporterades en prevalens på 1,6 per 1 000 barn (Olegård et al. 1979). I andra studier rapporteras både lägre och högre prevalenstal. Det finns dock betydande diagnostik- och registreringsproblem vilket gör att man bör vara försiktig med att dra alltför långtgående slutsatser om prevalens för barn födda med alkoholskador (Socialstyrelsen 1993b). Allmänt sett visar beräkningar att det varje år föds mellan 50 och 100 barn i Sverige med fetalt alkoholsyndrom och 100 till 200 barn med fetala alkoholeffekter.¹⁶ Statens folkhälsoinstitut (2002)

¹⁵ FAS beskrevs första gången 1968 av ett franskt forskarlag under ledning av Lemoine, men själva benämningen "fetal alcohol syndrome" introducerades 1973 av forskarna Jones & Smith (se vidare Aronson, Hagberg & Gillberg 1997).

¹⁶ Sedan FAS infördes som en självständig diagnos 1997 i ICD har inga fall registrerats i Socialstyrelsens missbildningsregister (MBR). Sedan den 1 oktober 2001 förs detta register hos Socialstyrelsen. Missbildningar upptäckta under nyföddhetsperioden skall rapporteras till MBR senast 28 dagar efter förlossningen. Skadorna kan emellertid vara mycket svåra att upptäcka i nyföddhetsperioden (SOU 1994:28 s. 54). "Detta torde vara en av flera orsaker till den kraftiga underrapporteringen", framhåller Statens folkhälsoinstitut (2002). Socialberedningen föreslog i sitt delbetänkande Ds S 1981:6 att registret borde kompletteras med uppgifter om skador som upptäcks senare än under nyföddhetsperioden eftersom vissa alkoholskador inte upptäcks förrän barnet blivit större. Förslaget har dock inte föranlett någon förändring av tidsfristen för rapportering av sådana skador. År 2002 tillsatte regeringen Utredningen om förbättrade kunskaper om missbildningar m.m., vilken hade till uppgift att göra en översyn av hur samhällets arbete för att kartlägga fosterskador och missbildningar såg ut och vilka eventuella brister som fanns på området (dir. 2002:64). Vidare skulle man

anmärker dock i en rapport till regeringen att det saknas tillförlitliga uppgifter baserade på aktuella studier om antalet barn med fetala alkoholskador i Sverige. I regeringens proposition om *Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador* (prop. 2000/01:20) påtalas, att antalet kvinnliga alkoholmissbrukare har ökat över tid, varför det kan befaras att andelen barn som föds med ovannämnda syndrom kan komma att öka. FAS anses vara den vanligaste orsaken till mental retardation i utvecklade länder (Strömblad 2000).

Som långtidseffekter har rapporterats en fortsatt försämrad tillväxt, inlärningssvårigheter och en hög förekomst av psykosociala problem. Antalet fall av "lättare" skador kan vara svårt att uppskatta eftersom symtomen är relativt ospecifika. Det kan alltså i vissa fall vara svårt att avgränsa faktorer som beror på moderns missbruk från andra problemområden som påverkar barnets utveckling (Nyberg & Allebeck 1998).

I Sverige har flera långtidsuppföljningar skett av barn med FAS: Aronson & Hagberg (1993) har kunnat påvisa att av en grupp på 24 barn hade flertalet bestående problem när dessa var i 12–13-årsåldern: Av de undersökta barnen hade elva skolsvårigheter och behövde någon form av stöd i skolsituationen, sex var inskrivna i särskola. 16 av de 24 barnen var fosterhemsplacerade men det hade å andra sidan "inte kunnat kompensera konsekvenserna av att barnet exponerats för alkohol som foster", även om forskarna kunde observera "en viss utvecklingsmässig förbättring". Ett stort problem var barnens impulsstyrighet och aggressionsutbrott. Forskarna kunde också visa att problembilden var betydligt större för de barn vars mammor hade missbrukat alkohol under större delen av graviditeten jämfört med de kvinnor som slutat sin konsumtion före tolfte graviditetsveckan. I en senare uppföljningsstudie har Aronson, Hagberg & Gillberg (1997) visat att 10 av de 24 barnen hade utvecklat ADHD när dessa var i 11–14 årsåldern.

Olika undersökningar visar på att tidiga insatser är av avgörande betydelse för att det väntade barnet inte skall komma till skada (Socialstyrelsen 1993c, Aronson & Hagberg 1993). Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen har inom ramen för ett regeringsuppdrag visat, att endast ett begränsat antal kvinnor med alkoholproblem (100–150 per år) identifieras och erbjuds speciellt omhändertagande i samverkan med socialtjänsten och andra lokala instanser.

bedöma omfattningen av och formerna för kunskapsinsamlingen av fosterskador och missbildningar. Utredningen överlämnade i januari 2004 sitt betänkande *Förbättrad missbildningsövervakning* (SOU 2003:126).

För kvinnor som gått igenom dessa insatser är det ”ytterst sällsynt att någon /---/ föder barn med alkoholskador, vilket visar att stödinsatser har stor betydelse för att förebygga alkoholskador”.¹⁷ Tidiga insatser förutsätter emellertid att berörd personal har adekvat kunskap och är beredd att ta upp frågan med den enskilda kvinnan. Agneta Österling, överläkare vid Beroendecentrum i Malmö, har i en artikel nyligen gjort följande påpekande:

Det är inte ovanligt att man i sjukvården underlåter att identifiera ett missbruk eller en negativ livsstil, eftersom man inte vill ”förstöra” en viktig patient-behandlarrelation alternativt inte vet vad man skall göra med sin ”upptäckt”. (Österling 2002, s. 104)

Den förebyggande mödrahälsovården som nästan når samtliga gravida kvinnor har en betydelsefull roll både för att upptäcka missbruk och beroende hos dessa kvinnor – även om Statens folkhälsainstitut anser att missbruk hos modern i allmänhet är svårt att upptäcka under graviditeten¹⁸ – men också för att i förekommande fall försöka påverka och motivera till ett förändrat dryckesmönster. ”Genom att utnyttja kvinnans starka motivation att föda ett friskt barn kan mödrahälsovården, med hjälp av anpassade stödåtgärder, medverka till att hon under graviditeten ändrar ett riskfyllt beteende”, understryker Statens Folkhälsoinstitut i tidigare refererade undersökning. Det finns dock anledning att betona, som Alkoholpolitiska kommissionen gjorde i sitt delbetänkande *Kvinnor och alkohol* (SOU 1994:28), att den blivande fadern är delaktig i hur kvinnans alkoholkonsumtion utvecklas: ”Om han fortsätter sitt dryckesmönster är risken stor att kvinnan inte ändrar sitt. Det ofödda barnet är gemensamt och måste skyddas av båda” (s. 57).

I samma rapport framgår emellertid också att flertalet gravida kvinnor med alkoholproblem inte upptäcks inom mödrahälsovården, vilket innebär en förhöjd risk att föda barn med fetala symptom. Vid den enkätundersökning som gjordes inom ramen för nämnda uppdrag uppgav barnmorskor vid MVC att de tyckte att det fanns svårigheter att samtala med kvinnor om alkoholkonsumtion, samtidigt som de hade känt oro för de kvinnor där de misstänkt missbruksproblem men inte lyckats göra någonting. På grundval av den av riksdagen antagna *Nationell handlingsplan för att*

¹⁷ Statens folkhälsainstitut och Socialstyrelsen (2002): *Redovisning av regeringsuppdrag ---* (dnr 56-01-0608, 2002-03-27). Uppdraget föranleddes av delförslag i regeringens proposition *Nationell handlingsplan för att förebygga alkoholskador* (prop. 2000/01:20).

¹⁸ Ibid. I rapporten noteras också, att ”det är sällsynt att uppgift om alkoholmissbruk eller alkoholberoende förekommer i mödravårdsjournalen”.

förebygga alkoholskador (prop. 2000/01:20, bet. 2000/01:SoU8, rskr. 2000/01:144) erhöll Statens folkhälsoinstitut i regleringsbrevet för år 2002 i uppdrag att utforma underlag till fortbildning för bland annat personal inom mödrahälsovården med inriktning på att höja kunskapen om alkoholkonsumtion och fosterskador. Uppdraget avrapporterades i mars 2002. För närvarande pågår ett beredningsarbete inom regeringskansliet för implementering och genomförande av detta förslag.¹⁹

Gravida kvinnor med en från början känd missbruksbild har i många fall behov av *samlade* insatser från olika delar inom hälso- och sjukvården. Den länsövergripande specialistmödrahälsovården inom Stockholms läns landsting, Familjesociala mottagningen vid Huddinge sjukhus, har genom sitt tvärssektoriella stöd till denna målgrupp uppvisat positiva resultat, men samtidigt understryks vikten av ett fortsatt stöd efter förlossningen, bland annat för att minska återfallsrisken (Ottensblad 2000). Det tidigare refererade forskarlaget Aronson & Hagberg har också pekat på vikten av en länkning mellan mödra- och barnhälso/distriktsvården, där ”ett personligt överlämnande” – med moderns godkännande – mellan dessa instanser är det bästa sättet att åstadkomma en kontinuitet i det fortsatta stödarbetet med barn och föräldrar.

9.4 Tidigare statliga utredningar

Frågan om tvångsvård under kvinnans graviditet har tidigare utretts av Socialberedningen. Beredningen lade fram sitt betänkande *Åtgärder mot missbruk under graviditet* (Ds S 1981:6) ett halvår innan socialtjänstlagen trädde i kraft 1982. Beredningen var *inte* beredd att föreslå särskilda lagbestämmelser ”som skulle möjliggöra tvångsåtgärder mot gravida missbrukare i fall när ingripande inte skulle kunna ske redan enligt existerande eller kommande lagstiftning” (s. 66). Beredningens utgångspunkt var att ”en gravid kvinna utgår i allmänhet från vad hon anser vara bäst för barnet och är beredd till stora ansträngningar för att skydda det mot skada. Även en kvinna med missbruksproblem har denna grundinställning” (s. 63). Men, framhöll beredningen vidare:

¹⁹ Närmast som kuriosa kan nämnas, att Socialberedningen i sitt delbetänkande Ds S 1981:16 berörde frågan om fortbildning, och då ansåg att ”det informationsmaterial som behövs för de blivande föräldrarna och för utbildning av personal inom mödravården och socialtjänsten finns i huvudsak redan färdigställt genom socialstyrelsens försorg. Några ytterligare initiativ torde i det avseendet inte behövas” (s. 58).

Att inte bry sig om en allvarlig sådan fara [för det blivande barnet] kan knappast anses vara ett normalt beteende hos en gravid kvinna som fått fullständig information om de risker för barnet som en mera omfattande alkoholkonsumtion innebär. (s. 65)

Det synsätt som kommer till uttryck i ovannämnda citat får närmast ses som en relik från en epok när de gamla socialvårdslagarna fortfarande var i kraft, starkt genomsyrade av en paternalistisk syn på den enskilde människan.²⁰ Samhällsvetenskaplig forskning om motivation och missbruk var vid denna tidpunkt i det närmaste obefintlig.

Socialberedningen ansåg att frågan om fosterskadande effekter framför allt var en fråga som borde beaktas vid utformningen av ”den allmänna alkoholpolitiken i framtiden” (s. 54). ”Det kan inte”, framhöll Socialberedningen, ”accepteras att samhället mer eller mindre passivt åser att barn åsamkas dessa allvarliga skador”. Det bör upplysningsvis framhållas, att riksdagen redan några år dessförinnan, 1977, med bred majoritet hade lagt fast grunderna för alkoholpolitiken (prop. 1976/77:108, bet. 1976/77:SoU40, rskr. 231), vars förslag baserades på Alkoholpolitiska utredningens (APU) arbete. Enligt riksdagens beslut skall målet vara att begränsa alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar genom att minska den totala konsumtionen och genom åtgärder mot ett skadligt dryckesbeteende.

Vidare bör erinras om att Alkoholpolitiska kommissionen i huvudbetänkandet *Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden* (SOU 1994:24) gjorde en bred genomgång av den framtida alkoholpolitiken utifrån ett EU-perspektiv och en sammanställning av aktuell kunskap på området. Frågan om riktade insatser för gravida kvinnor med en riskkonsumtion berördes övergripande i den nationella handlingsplan som dåvarande Nationella ledningsgruppen för alkohol- och drogförebyggande arbete presenterades ett år senare (juni 1995).²¹ Denna gruppering har sedermera avvecklats. Som framgår ovan under avsnittet om medicinska aspekter har en

²⁰ I utskottsbetänkandet SoU 1981/92:22 ansluter sig utskottet ”i allt väsentligt till socialberedningens överväganden i denna fråga” (s 16). Med *paternalistisk* avses här ”handlingssätt som har en ingripande betydelse – genom att begränsa valmöjligheter och handlingsutrymme – i en eller flera personers liv oberoende av eller mot dessa personers egen vilja och utan att det är fråga om insatser inom rättsväsendet eller politiska majoritetsbeslut” (Blennberger 1999, s. 94).

²¹ *Nationell handlingsplan för alkohol- och drogförebyggande insatser* (Folkhälsoinstitutet 1995:50). Planen godkändes av regeringen samma år. Ordförande i dåvarande ledningsgruppen var generaldirektören för Folkhälsoinstitutet. Regeringen tillsatte 1997 en ny nationell ledningsgrupp under socialministerns ledning för att markera frågans vikt.

helt ny handlingsplan utarbetats och godkänts av riksdagen i början av 2001. I planen redovisas dels mål och inriktning för statens samlade arbete med att förebygga alkoholskador, dels de åtgärder som krävs för att kunna genomföra huvud- och delmål, såväl riktade som generella insatser.²²

Frågan om missbruk under graviditeten har också belysts av *Utredningen om det ofödda barnet* (dir. 1984:36). Den särskilde utredaren – före justitieombudsmannen Tor Sverne – konstaterade i delbetänkandet SOU 1987:11, att utvecklingen på det medicinska området och den ökade kunskapen om sambandet mellan drogmissbruk och fosterskador har inneburit att det ”på senare år ifrågasatts om den gällande rättsliga synen på den ofödde fortfarande är hållbar” (s. 69). Utredningen ansåg att det var ”uppenbart” att det inte längre var möjligt att betrakta modern och det blivande barnet som en enda individ. ”I synnerhet är det omöjligt att se fostret som en del av kvinnans kropp när man diskuterar fosterskador. Eftersom fostret är ett människoliv i utveckling kan fosterskador ge bestående men för den individ som senare föds. Ett skydd för fostret är därför ett skydd för denna individ” (ibid, s. 69). Trots denna utgångspunkt ansåg utredningen att flera skäl talade emot att föreslå tvångsingripande av en gravid kvinna för att skydda det ofödda barnet även om kvinnan inte själv bedömdes ha ett eget vårdbehov:

För det första konstaterades att det vid alkoholkonsumtion inte finns något exakt 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” (s. 85). Utredningen framhöll att det mot denna bakgrund inte var möjligt att ange kriterierna för ett tvångsingripande. Slutsatsen var att om så inte kan ske leder lagen till rättsosäkerhet och kan medföra en otrygghet och rädsla för oberättigade ingripanden.²³ Samtidigt innebär denna typ av ställningstagande, som Torbjörn Tännsjö (1995) har påpekat, att

²² Se vidare socialdepartementets skrift *Att förebygga alkoholskador. En samlad politik för folkhälsa* (2002).

²³ Mot denna ståndpunkt har Gustafsson (2002) invänt, eftersom hon anser att nuvarande rekvisit i 4 § ”i sig är vaga och kan ge upphov till en godtycklig och olikartad rättstillämpning” av gravida missbrukare, och att detta i sig leder till en större osäkerhet för den enskilde när det i lagen inte finns reglerat ”under vilka förutsättningar tvångsvård vid graviditet kan ske” (s. 124).

om forskningsläget ändras så att ett tröskelvärde verkligen kan preciseras, så bortfaller invändningen.

För det andra påminde utredningen om att det i första hand skulle vara mödrahälsovården som skulle göra anmälan till länsstyrelsen om tvångsinsingripande till skydd för det väntade barnet.²⁴ Det skulle finnas en påtaglig risk att detta kunde skrämja kvinnor i farozonen från att vända sig dit, argumenterade utredningen.

9.5 Gravida kvinnor inom LVM-vården

Gravida kvinnor placeras i första hand på institutionerna Lunden i Lund och på Rebecka i Stockholm eftersom dessa LVM-hem har lång erfarenhet och specialkompetens för att ta emot och ta hand om gravida kvinnor under tvångsvård.²⁵ Detta ställer höga krav på kompetens och lyhördhet hos vårdpersonalen med hänsyn till den ambivalens som kvinnan kan uppleva inför olika avgöranden som hon ställs inför under graviditeten, samtidigt som det finns den bakomliggande missbruksproblematiken. År 2001 vårdades totalt 18 gravida kvinnor inom LVM-vården.

9.6 Gällande rätt

Genom 5 kap. 9 § SoL har socialnämnden ansvaret för att personer med missbruksproblem får den hjälp och vård som hon eller han behöver för att komma ifrån sitt missbruk. Denna samhälleliga skyldighet att intervensera gäller naturligtvis också gentemot en gravid kvinna med samma problematik. I mötet med den gravida kvinnan kan man som personal inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården ställas inför svåra moraletiska överväganden. I en situation när förebyggande insatser och insatser på frivillig grund inte leder till att den gravida kvinnan upphör med eller minskar sin alkoholkonsumtion uppstår en akut intressekonflikt mellan det blivande barnets skyddsintresse och kvinnans autonomi och självbestämmanderätt.

Enligt gällande rätt kan LVM *inte* tillämpas enbart till skydd för det väntade barnet. Endast om skyddsintresset av både modern och fostret *sammanfaller* – vilket kan antas vara fallet i flertalet fall när

²⁴ Vid tidpunkten för utredningens arbete var det fortfarande länsstyrelsen som hade ansvaret för utrednings- och ansökningsförfarandet vid LVM.

²⁵ SJS: Verksamhetsplan budgetåret 2003, s. 16–17.

det rör sig om ett fortgående missbruk – kan LVM bli tillämplig. Hälsoindikationen i 4 § första stycket 1 LVM avser således enbart kvinnans egen fysiska och psykiska hälsa. Redan i anslutning till riksdagens behandling av ursprungliga LVM väcktes frågan, med anledning av en motion, om hur LVM skulle tillämpas beträffande gravida kvinnor med så allvarliga missbruksproblem att det väntade barnets hälsa hotas.²⁶ Det socialutskottet anförde i sitt betänkande (SoU 1981/82:22 s. 16 f.) tillförde dock inget nytt i förhållande till Socialberedningens delbetänkande Ds S 1981:6.

Skadeindikationen i 4 § första stycket 3 tar visserligen sikte på en situation då den enskilde klienten med missbruksproblem kan befaras komma att allvarligt skada någon närstående, men begreppet *närstående* omfattar inte ett ofött barn (prop. 1987/88:147 s. 51). En fråga som har diskuterats är om tolkningen av närståendebegreppet i LVM harmonierar med artikel 2 om rätten till liv enligt den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, Europakonventionen, enligt vilken:

Envars rätt till livet skall skyddas genom lag. Ingen skall avsiktligt berövas livet utom för att verkställa domstols dom i de fall då han dömts för brott som enligt lag är belagt med sådant straff.

Enligt Danelius (2002) är det mycket som talar för att det först genom födelsen som denna rättighet uppkommer, men han konstaterar samtidigt att Europadomstolen inte har tagit ställning till denna fråga.²⁷

9.7 Länsrättens avgöranden – några exempel

I utredningens kartläggningsarbete har det på sina håll ifrågasatts om myndigheterna tillämpar regelverket alltför extensivt när det gäller gravida kvinnor. Vi har inte funnit något allmänt belägg för att så är fallet. Däremot *kan* det inte uteslutas att det vid bedömningen vägs in andra faktorer än dem som direkt kan hänföras till exempelvis kvinnans egen fysiska och psykiska hälsa. Vid sekretari-

²⁶ Motion 1981/82:25 av Anita Bråkenhielm (m).

²⁷ Förutvarande lagmannen Carl Edvard Sturkell konstaterar i antologin *Om livets början* (Statens medicinsk-etiska råd, 2000) att lagstiftarna i vare sig Sverige eller utlandet har tagit ett som han uttrycker det "samlat grepp" om frågan om livets början. "Detta är förklarligt", skriver han, "med hänsyn till att de olika lagarna kommit till vid olika tider, med olika historiska perspektiv och med olika syften" (s. 79).

atets besök hos länsrätter i olika delar av landet har denna frågeställning tagits upp vid gruppintervjuer med de närvarande domarna.

Dåvarande Utredningen om det ofödda barnet (dir. 1984:36) gjorde inom ramen för sitt uppdrag en förfrågan till samtliga länsrätter i landet om det, vid en bedömning av om LVM är tillämpligt, hade förekommit fall där hänsyn tagits till att kvinnan har varit gravid och risker förelegat för det väntade barnet. Förfrågan avsåg perioden 1982–1986. Endast fem länsrätter (totalt 6 fall) uppgav att de hade haft mål där kvinnan var gravid i samband med ansökan om LVM. I två av dessa ”tycks länsrätten vid sin bedömning av vårdbehov tagit särskild hänsyn till att kvinnan var gravid”, noterade utredningen i sitt delbetänkande *Skydd för det väntade barnet* (SOU 1978:11, s. 60 f.).

I det följande refereras till några rättsfall som belyser socialnämndens och länsrättens avvägningar i det enskilda fallet.

I nedanstående mål åberopar länsrätten i sin dom kvinnans pågående graviditet:

LR Stockholms län: I målet åberopas i domskälen att ”NN är en bostadslös, gravid kvinna med ett fortgående intravenöst amfetaminmissbruk samt ett alkoholmissbruk” och det framgår att hon ”bedömdes vara en riskgraviditet på grund av sin ålder, pågående intravenöst missbruk. I målet har en läkare vid en specialistmottagning inkommit med en LVM-anmälan till socialtjänsten där denne anser att NN bör omhändertas enligt LVM till följd av ”den stora risken för att NN fortsätter med ett intravenöst missbruk trots sin graviditet”. NN har några dagar dessförinnan avvikit från en pågående frivillig vårdinsats. I läkarintyg som bifogats socialnämndens ansökan anför läkaren bland annat att ”NN intar amfetamin dagligen och har tagit detta under hela graviditeten. Förnekar aktuellt intag av andra droger. Då NN är gravid och trots de risker som föreligger för barnet fortsätter att inta amfetamin tyder detta på ett allvarligt amfetaminmissbruk”. I sin bedömning hänvisar länsrätten enbart till sistnämnda läkarintyg: ”Genom ovan angivna läkarintyg är det klarlagt att hon till följd av missbruket utsätter sin fysiska och psykiska hälsa för allvarlig fara”. Länsrätten förordnar om tvångsvård med stöd av 4 § första punkten LVM.

Det finns också motsatta exempel då det är *socialnämnden* som driver ett ärende om tvångsvård, medan länsrätten väljer att avslå nämndens ansökan om vård. Nedanstående mål illustrerar detta.

LR Stockholms län: Socialnämnden i X-kommun har i september 2002 beslutat om omedelbart omhändertagande av NN. Beslutet fastställs av länsrätten. Kommunen inkommer med en ansökan om vård enligt 4 § LVM. Nämnden anför att NN röker och injicerar heroin, och att

hon efter att ha genomgått avgiftning har börjat injicera Subutex²⁸ som hon köper illegalt. Hon har av tingsrätten i slutet av 2001 dömts till skyddstillsyn med särskild föreskrift att undvika sig vård för sitt missbruk. NN har misskött kontakten med frivården och av domskälen framgår att hon "fortsatt sitt missbruk även under graviditeten". När hon var inskriven för somatisk vård injicerade hon Subutex och skrev ut sig mot personalens inrådan. I läkarintyg som utfärdats med stöd av LVM, daterat oktober 2002, anges att NN är mycket destruktiv i sitt missbruk, att hon under de senaste veckorna har injicerat Subutex 18–24 mg dagligen, att hon saknar motivation att sluta sitt missbruk "och därmed har blivit en fara för sitt eget liv och det väntade barnet". Vid den muntliga förhandlingen anför NN att hon själv har varit tvungen att förse sig med Subutex, eftersom Mirigrationsverket, till följd av att hon saknar uppehållstillstånd, endast har rätt till akut vård. NN tillbakavisar nämndens påstående att hon har utblivit från mödravården annat än då hon varit sjuk eller intagen på sjukhus och bestrider påståendet att hon injicerade under sin sjukhusvistelse. Av domskälen framgår att nämnden vid den muntliga förhandlingen "inte närmare (kan) ange vid vilka tillfällen NN skulle ha utblivit från inbokade möten med [mödravården] utan att hon haft förhinder på grund av sjukdom och inte heller i vilken omfattning de lämnade urinproven överskridit de doser som varit ordinerade av läkare i samband med sjukhusvistelsen".

Länsrätten anser att det är oklart om och i så fall i vilken omfattning som NN "på senare tid" intagit annat än av läkare ordinerad Subutex. Vid en samlad bedömning finner länsrätten "inte visat att hon har ett fortgående missbruk av narkotika för vilket hon behöver vård enligt LVM". Socialnämndens ansökan avslås samtidigt som det omedelbara omhändertagandet omedelbart upphör.

9.8 Exemplet Norge – utformning av tvångsrekvisitet i 6–2 a § och dess tillämpning

Enligt § 6–2 a Sosialtjensteloven är det möjligt – men inte en skyldighet – för socialtjänsten att utan den gravida kvinnans eget samtycke kvarhålla henne på behandlingsinstitution under den återstående graviditetsperioden.²⁹ Förutsättningen för tvångsingripandet

²⁸ Buprenorfin (Subutex®) finns sedan hösten 1999 registrerat som ett nytt läkemedel på indikationen opiatberoende. Frågan om riktlinjer vid läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk utarbetas för närvarande inom ramen för Socialstyrelsens arbete med Nationella riktlinjer för missbruksbehandling. Se vidare Anders Romelsjö (2003): Subutexbehandling i Sverige – en första beskrivning, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, 20 (4): 255–259.

²⁹ Regeringen tillbakavisade i förarbetena till 1991 års lov om sosiale tjenester propåer om att graviditet skulle utgöra en självständig indikation för tvångsintagning på institution av en missbrukande kvinna. Frågan var dock kontroversiell och i Stortinget fanns det en relativt stor minoritet som förordade att det skulle finnas möjlighet att tvångsomhänderta gravida kvinnor som motsatte sig vård på frivillig grund (se vidare Søvig 1999, s. 9f.). Några år

är att det är ”övervägande sannolikt” att barnet kommer att födas med en skada som har ett direkt samband med moderns missbruk samt att frivilliga insatser inte bedöms vara tillräckliga. Innebörden av ”övervägande sannolikt” är att det skall finnas en *betydande* eller *väsentlig* sannolikhetsövertikt för att barnet skall riskera att födas med en skada orsakad av moderns missbruk (Bernt 2000).³⁰ Socialtjänsten skall minst var tredje månad ta ställning till om förutsättningarna för tvångsvård kvarstår.

Det har visat sig att tvångsinsatser enligt 6–2 a § har använts i mycket liten utsträckning och när så skett har det framför allt gällt kvinnliga narkomaner.³¹ Detta resultat är något förvånansvärt eftersom det är en hög alkoholkonsumtion – och inte användning av narkotika – som generellt sett medför en högre skaderisk för det ofödda barnet. Vid utredningens studiebesök i Norge framförde tjänstemän vid socialdepartementet som en tänkbar förklaring till denna utveckling att socialtjänsten i första hand kommer i kontakt med narkomaner, inte kvinnliga alkoholmissbrukare i fertil ålder. En annan delförklaring kan vara att även om lagen inte föreskriver att det skall vara fråga om en allvarlig skada innebär rekvisitet *övervägande sannolikhet* likväl en tung bevisbörd för socialtjänsten, ”inte minst därför att man uppenbarligen saknar en exakt kunskap om orsakssammanhang mellan drogmissbruk och fosterskador. Det kan därför i praktiken vara ganska svårt att lägga fram tillräckligt starka bevis för att påvisa att en skada kommer inträffa” (Bernt 2000, s. 245).

Tabell 9:3. Beslut fattade av fylkesnemnda om kvarhållning på institution under perioden 1999–2001 enligt § 6–2 a socialtjänsteloven.

Typ av beslut	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Beslut av fylkesnämnden om kvarhållning enligt § 6–2 a	10	17	24	10	13	27
Midlertidig vedtak som godkänts av ordf. i fylkesnämnden	18	30	42	19	11	35

Källa: Sosialdepartementet i Norge.

senare, i slutet av 1994, biföll dock en majoritet i Stortinget ett förslag där regeringen uppmanades att återkomma med ett förslag i denna riktning. Regeringen presenterade sitt lagförslag våren 1995 (Ot.prp. nr. 48 1994–95). Den nya lagbestämmelsen om gravida missbrukare trädde i kraft den 1 januari 1996 genom att lagen tillfördes en ny paragraf (§ 6–2 a).

³⁰ Søvig (1999) lämnar en ingående redogörelse för detta rekvisit (s. 60–72).

³¹ Even Nilssen (2001): Nytt tvangen?, *Rus & Avhengighet*, nr 5.

Antalet ingripanden är lågt och variationen mellan olika fylken är stor (tabell 9:3). Som påpekades ovan är kvinnor med narkotikamissbruk som omhändertagits, inte alkoholmissbrukare. Men trots att Oslo/Akershusfylke, dvs. Osloregionen, har en sammanlagd befolkning på drygt 965.000 invånare och trots att Oslo kommun har en mycket hög andel narkomaner,³² svarade denna region enbart för ett (1) ingripande med stöd av 6–2 a § under 2001, medan exempelvis Buskerud/Vestfoldfylke (460.000 invånare) stod för sex tvångsinläggningar av gravida kvinnor med missbruksproblem. Detta skulle möjligtvis kunna tyda på att lagen dels tillämpas olika, dels att den har olika legitimitet bland de yrkesverksamma socialarbetarna.

Karl Harald Søvig, doktorand vid juridiska fakulteten, Universitetet i Bergen, har i boken *Tvang overfor gravide rusmiddelmissbrukere* (1999) gjort en ingående analys av lagbestämmelsen 6–2a §. I en avslutande diskussion konstaterar han att kritiken mot lagbestämmelsen först och främst tar sikte på de osäkra effekter som bestämmelsen kan leda till. Han tycker för sin del att man får acceptera en viss ökning av antalet legala aborter som en direkt följd av den nya lagregeln. ”Det är mer problematiskt”, skriver han, ”om bestämmelsen leder till att gravida underlåter att uppsöka hjälpapparaten av rädsla för tvångsinläggning, och att bestämmelsen därmed medför en ökning av antalet barn som föds med skador som en följd av moderns missbruk. Med andra ord: Kommer bestämmelsen att motverka sitt syfte? Sverige underlät att införa en motsvarande bestämmelse, bl.a. på grund av risken för denna typ av osäkra verkningar. Det ger något att fundera över”. Det har inte genomförts någon empirisk studie om exempelvis § 6–2 a har medfört att gravida kvinnor i ökad utsträckning har undvikit att uppsöka hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller annan del av samhällets hjälpapparat.³³

Kritik har även framförts när det gäller själva tillämpningen av lagen. Søvigs granskning baserades på de 17 första ordinarie ansökningarna, dvs. exklusive interimistiska beslut (s.k. *midlertidig vedtak* enligt § 6–2 a femte stycket), som fylkesnämnderna avgjorde under perioden mars 1996 – augusti 1997. Utöver att flertalet kvin-

³² År 2000 rapporterade Oslo polisdistrikt 40 % (131) av landets samtliga narkotikarelaterade dödsfall (baserat på WHO:s diagnosklassifikation ICD-10). Åren dessförinnan var Oslos andel ännu högre (Sirus: *Rusmidler i Norge* 2001, tabell 7.5).

³³ I förarbetena till den nya lagbestämmelsen uttalades att departementet noggsamt skulle följa utvecklingen på området (Ot. prp. 48 1994–95 s. 9; St. meld. 16 1996–97 s. 24).

nor var narkomaner visade det sig också att många hade kommit långt i graviditeten vid tidpunkten för tvångsingripandet:

När beslut om tvångsåtgärder fattas så pass sent under graviditetsperioden kan § 6–2 a få en döljande funktion. Det *ser ut som* om samhället tar problemet på allvar. Dels kan detta också öppna för oproportionerligt betungande beslut. Vi får ett tvångsingripande, men åstadkommer i liten utsträckning något egentligt skydd för fostret. Anledningen till att åtgärderna sätts in på ett sent stadium kan vara flera: Det kan bero på det på att kvinnorna inte uppsöker hälsovården eller socialtjänsten förrän graviditeten har pågått under en viss tid, och mot detta finns inte några rättsliga motåtgärder. En annan tänkbar orsak kan vara att socialtjänsten av olika skäl är återhållsam med att använda sig av tvångsåtgärder. (Søvig 1999, s. 115)

Endast i ett enda fall har fylkesnemndas avgörande överklagats till högre instans, som i det här fallet var Lagmansrätten³⁴ över Gulating. Målet avsåg prövning av beslut som fylkesnemnda i Rogland hade fattat i september 2001 enligt vilken:

1. Stavanger kommun får gm socialtjänsten rätt att kvarhålla NN på institution utan eget samtycke fram till dess att hon föder det barn som hon väntar.
2. Institutionen får rätt att ta urinprov under vistelsen på institutionen.

Beslutets lydelse blev senare samma månad ändrad med stöd av processlagen § 156 av ordföranden för fylkesnemnda genom tillägg av en ny punkt 3 med följande lydelse:

3. Institutionen får begränsa NN:s möjlighet till permission under vistelsen på institutionen.

Genom Stavangers tingsrätts dom i januari 2002 fastställdes fylkesnemndas beslut. NN överklagade domen till lagsmansrätten:

NN beräknas efter vad som upplysts föda den 13 mars 2002.

Vad beträffar bakgrunden till målet hänvisas till framställningen i tingsrättens dom.

NN har i huvudsak gjort gällande att förutsättningarna för intagning med stöd av socialtjänstlagen § 6–2a inte föreligger. Hennes rusmedelsmissbruk har inte varit av sådan art, att det är övervägande sannolikt att barnet kommer att födas med skada. Hon är nu helt fri från sitt missbruk. Under alla omständigheter är tvångsintagning opraktisk som beslut. Hon kan fram till nedkomsten få bo hemma hos sina för-

³⁴ Motsvarar hovrätten.

äldrar och kan eventuellt lämna urinprov och gå på samtal med jämna mellanrum. Hon är också villig att vistas på institution så länge som detta sker i närheten av familjen. Hon har inte fått den hjälp och vägledning genom Borgestadskliniken som hon enligt lag har rätt till. Det är mycket viktigt att hon som förstagångsföderska får ha familjen och barnets fader, X, i sin närhet. Under alla omständigheter bortfaller rättsligt stöd för tvång när barnet är fött, och det är viktigt att hon redan nu får ordna med tiden efter födseln. NN har i övrigt anfört samma skäl som inför tingsrätten och det hänvisas till dessa.

Stavanger kommun vidhöll sin talan. Lagmansrätten fastställde fylkesnemndas beslut och anförde:

Lagmansrätten ser saken på samma sätt som tingsrätten och finner det tillfyllest att biträda den motivering, som getts av tingsrätten. Även om det nu är mycket kort tid kvar till dess att A skall föda är det enligt lagmansrättens uppfattning inte försvarligt att upphäva beslutet nu. Hänsynen till det ofödda barnet kräver enligt lagmansrättens uppfattning att beslutet om tvångsintagning bör upprätthållas.

En upphävning av beslutet skulle dessutom ha förutsatt ett gott samarbetsförhållande mellan NN och barnafadern X och hälso- och socialtjänsten fram till barnets födelse. De uttalanden av nedlåtande art, som A har gjort, och de uttalanden av hotande art, som X gjort mot kommunens handläggare under rättegången, tyder på att ett sådant samarbetsförhållande inte föreligger i tillräcklig omfattning. Lagmansrätten vill framhålla, att ett sådant beteende under behandlingen av målet inför domstolen är värt all kritik och är oacceptabelt.

När det gäller tingsrättens uttalande om att behandlingen av NN vid Borgestadskliniken strider mot lagen verkar detta bero på en något otillfredsställande framställning av förhållandena från den vittnesut-saga som ägde rum i tingsrätten. Mot bakgrund av det uttalande, som överläkare Y gjorde inför lagmansrätten, har det inte framkommit hållpunkter som ger grund för en sådan kritik.

NN har givit uttryck för att hon, tillsammans med barnets fader, ges möjlighet att fortsätta vistelsen på Borgestadskliniken efter nedkomsten i form av sex veckors mödravård efter födsel.

Søvig ställer sig frågan om det överhuvud taget är praktiskt möjligt för samhället att ingripa i ett så tidigt skede av graviditeten, så att målsättningen med lagbestämmelsen verkligen kan realiseras. När Søvigs studie publicerades 1999 hade den norska lagstiftningen än så länge enbart varit i kraft under drygt 3,5 år, varför det förmodligen fortfarande fanns en del implementeringsproblem. Men enligt den muntliga information som Søvig har lämnat till LVM-utredningen är trenden alltså jämt densamma: Det absoluta flertalet ärenden som fylkesnämnderna har avgjort under perio-

den 1996 t.o.m. årsskiftet 2002/03 har gällt kvinnliga narkomaner och merparten av dessa har aktualiserats i ett sent skede av graviditeten.³⁵

³⁵ Personlig kommunikation med Karl Harald Søvig, Universitetet i Bergen, september 2003.

10 Vård i annan form – ”§ 27-placering”

10.1 Inledning

Enligt 27 § LVM skall föreståndaren för LVM-hemmet så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården besluta att den enskilde skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet ”för vård i annan form”. Bestämmelsen fick sin nuvarande utformning i samband med tillkomsten av nuvarande LVM. I 1981 års lag fanns i 15 § en lagregel som till stor del överensstämde med nuvarande 27 §, men med två väsentliga skillnader:

- Enligt 1981 års LVM var socialnämndens roll och ansvar vid anordnandet av vård i annan form inte klart uttalat i lagtexten, utan kunde endast härledas genom ett motivuttalande (prop. 1981/82:8 s. 91).
- Enligt 1981 års LVM kunde placering utanför institutionen också ske ”i eget hem”.

I Socialberedningens slutbetänkande redovisas utförligt de bakomliggande skälen till paragraf 27-institutet. Den förlängda tvångsvården till högst sex månader gjorde det enligt beredningen angeläget ”med en successiv utslussning i samhället och nödvändigt att omgärda viss tid av den öppna vården med tvång” (SOU 1987:22 s. 288). Beredningen refererade till att ”erfarna behandlare” hade varit i kontakt med utredningen och framfört ”att det är brist att nuvarande vårdtid inte räcker för att pröva andra vårdformer”:

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. (ibid.)

Vård i annan form enligt 27 § LVM såg Socialberedningen närmast som en form av ”försöksutskrivning”, men med en retentionsrätt

för LVM-hemmet om klienten skulle bryta behandlingsöverenskommelsen.

I motivuttalanden i propositionen till 1988 års lag betonade departementschefen att ”för i princip varje intagen” skall någon form av vård utanför LVM-hemmet anordnas under vårdtiden.

Endast i undantagsfall 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. (prop. 1987/88:147 s. 77)

Lydelsen ”så snart det kan ske” i 27 § indikerar de undantagsfall som kan uppkomma.

10.2 Förutsättningar för vård i annan form

Ansvarsfördelningen är tudelad mellan institutionschef och socialnämnden när det gäller det förberedande arbetet inför placering enligt 27 §:

- Som ansvarig för behandlingen under vistelsen på LVM-hemmet beslutar föreståndaren huruvida vård i annan form är tillämpligt i det enskilda fallet, dvs. om och när förutsättningar för sådan vård är uppfyllda. ”Det kan naturligtvis i vissa fall förekomma att den intagnes eget beteende omöjliggör vård i annan form än på ett hem LVM”, uttalar departementschefen (prop. 1987/88:147, s. 105).
- Socialnämnden skall enligt 27 § andra stycket ”se till att sådan vård anordnas”, vilket bland annat innebär att nämnden skall planera för sådan vård (se vidare Socialstyrelsens allmänna råd 1989:3 s. 53).

Dessa två moment kan inte separeras från varandra. Ställningstagande om sådan vård samt planering och genomförande av den samma förutsätter ett nära samarbete mellan LVM-hemmet och socialnämnden. LVM-hemmet har ansvaret för behandlingsplaneringen och dess genomförande medan nämnden å sin sida har det övergripande ansvaret för vårdplaneringen. Genom 6 kap. 1 § SoL åligger det nämnden att följa vården av den som genom nämndens försorg vistas i ”familjehem eller i ett hem för vård eller boende”. Detta förutsätter emellertid ett nära samrådsförfarande mellan näm-

den och LVM-hemmet. I 26 § finns därför en bestämmelse om att föreståndaren fortlöpande skall hålla nämnden underrättad ”om hur vården framskrider och samråda med nämnden i alla frågor av vikt”.

Vård i annan form förutsätter vidare att den enskilde de facto har inställt sig på LVM-hemmet och blivit inskriven, dvs. att han eller hon fysiskt har överförts till institutionen eller till sjukhus. Vårdtiden börjar inte löpa förrän klienten inställt sig till antingen LVM-hemmet eller sjukhus (20 § LVM). Avsikten är således inte att klienten skall kunna påbörja en ”§ 27-placering” utan att överhuvudtaget ha blivit inskriven i LVM-vården. Problemet var emellertid att det fanns en påtaglig diskrepans mellan å ena sidan motivuttalanden i proposition 1987/88:147 och å andra sidan lagtexten.¹ I propositionen betonades bland annat följande:

Den faktiska vården av missbrukaren behöver inte nödvändigtvis äga rum på det LVM-hem där 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 av den som förestår vården vid hemmet, i regel föreståndaren. 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 bestämmer i saken. (prop. 1987/88:147 s. 76)

Med detta motivuttalande som grund fanns det åtskilliga LVM-hem som direkt efter lagens tillkomst och i samråd med socialnämnden placerade klienten i vård i annan form, utan att klienten dessförinnan hade inställt sig på LVM-hemmet i enlighet med 20 § LVM andra meningen (”... inställt sig vid eller förts till ett hem som avses i 22 § eller ett sjukhus”). Även i Socialstyrelsens allmänna råd 1989:3 uttalades att denna ordning var möjlig att tillämpa: ”I de fall klienten förs direkt till annat behandlingshem enligt 27 § LVM utan en första vårdtid på LVM-hem räknas vårdtiden från den dag klienten inställs på behandlingshemmet” (s. 57). Socialstyrelsen aktualiserade för övrigt frågan om inledande av vård och vårdtidsberäkning i en skrivelse till regeringen i februari 1990,² men reger-

¹ Det kan i sammanhanget nämnas att motsvarande diskrepans tidigare också förekom i 12 § och i propositionens motivskrivningar när ett beslut om tvångsvård upphör att gälla. JK påtalade denna diskrepans i ett skadeståndsärende från 1996, vilket ledde till en lagändring med ikraftträdande den 1 juli 2001 (SFS 2001:464).

² Skr. från Socialstyrelsen till regeringen (1990-02-20), dnr IF 251-1392/90.

ingen beslutade 1991-06-13 att man inte avsåg att vidta någon åtgärd med anledning av framställningen.

JO Norell Söderblom klargjorde i ett uttalande från 1993, att ”den praxis som utvecklats saknar således – liksom det återgivna motivuttalandet – stöd i lagtexten” (JO 1993/94 s. 295). Det är med andra ord ställt utom allt tvivel att placering enligt 27 § förutsätter att klienten har inställt sig på LVM-hemmet och blivit in-skriven.

Frågan om när § 27-placering tidigast kan bli aktuell efter det att klienten blivit intagen på LVM-hemmet låter sig inte besvaras generellt. Gustafsson (2001) har dock i sin rättsvetenskapliga analys framhållit att denna vårdform bör tillämpas i ett skede innan motivation till frivillig vård har uppnåtts, eftersom när det senare stadiet har uppnåtts har ju syftet också uppnåtts med vården och klienten skall då bli utskriven från LVM-hemmet.

Även om det av lagen och förarbetena inte framgår något närmare om förutsättningarna för ”vård i annan form” än vad som har redovisats ovan, är det tydligt att döma av utredningens aktstudier i fyra kommuner (Västerås, Norrköping, Jönköping, SDF Hässelby-Vällingby i Stockholms stad) att det i varje fall hos vissa LVM-hem har utvecklats en praxis om vilka förutsättningar som skall vara uppfyllda för att kunna komma ifråga för § 27-placering. I studien i Norrköpings kommun framkom att vid ett LVM-hem fanns en regel enligt vilken klienten måste ha tre ledigheter utan anmärkning,³ och vid studien i Jönköping framkom att ett hem tillämpade två ledigheter.

10.3 ”Tremånadersregeln” – innebörd och tillämpning

I samband med tillkomsten av 1988 års LVM infördes en ny bestämmelse i 29 § enligt vilken föreståndaren ålades en redovisningskyldighet gentemot hemmets styrelse i de fall klienten hade vistats på institutionen i tre månader utan att vård i annan form hade kommit till stånd. Till denna information skulle föreståndaren även foga en orsaksförklaring. Departementschefen motiverade denna ordning med att det av både behandlingsskäl och rättssäkerhetsskäl var viktigt att styrelsen gavs vidgade insyns- och tillsyns-

³ Det bör här anmärkas att det i LVM saknas permissionsinstitut liknande det som fanns under NvL:s tid. SoS allmänna råd 1983:3 anger dock olika situationer där man anser att det kan vara rimligt att klienten bereds ”tillfällig frånvaro”.

uppgifter. LVM-hemmets styrelse sågs som ett instrument för att bevaka att klienten skulle erbjudas vård enligt 27 § – som ”i princip varje intagen” skall erhålla – samt att LVM-vården upphör så snart vården kan ges i frivilliga former. Departementschefen klargjorde att styrelsen inte skall ”överpröva föreståndarens åtgärder men kan genom insynen påverka föreståndaren och t.ex. initiera översyn av hemmets rutiner” (prop. 1987/88:147 s. 78).

Efter huvudmannaskapsändringen den 1 april 1994 och med Statens institutionsstyrelse som central förvaltningsmyndighet över tvångsvården var den enda kvarvarande uppgiften för LVM-hemmets styrelse att ta emot anmälningar om intagna som varit i LVM-vård i tre månader utan att vård enligt 27 § hade kommit till stånd (prop. 2000/01:80 s. 119). Styrelsefunktionen utmönstrades den 1 juli 2001, och ledningsfunktionen utövas numera av en chef, tillika föreståndare, som tillsätts av Statens institutionsstyrelse. I samband därmed ändrades också rutinen för informationsskyldigheten i 29 §, och anmälan sker numera till Statens institutionsstyrelse.

Vare sig i förarbetena eller i lagtexten anges vilka skäl som kan vara rimliga för att § 27-placering inte har kommit till stånd inom LVM-vårdens första tre månader. Frågan kommenteras i Socialstyrelsens allmänna råd 1989:3 där man bland annat anför följande:

... eftersom bestämmelsen ersätter förlängningsinstrumentet bör de grunder som angavs som motiv för förlängning av vårdtiden i den gamla lagens 16 § vara användbara. De skäl som angavs var exempelvis att den intagne till följd av sitt hälsotillstånd behövde ytterligare vård eller andra synnerliga skäl för förlängning. I kommentarerna talades också om en otillfredsställande social situation, att syftet med vården inte uppnåtts, allvarlig risk för ett snabbt återfall etc.

Andra motiv som kan tänkas är exempelvis att klienten fått plats vid en särskild tidpunkt på ett behandlingshem eller arbete och bostad och att man i vårdplanen därför angett en senare överföring till vård i annan form eller utskrivning. Klienten kan själv välja att stanna ytterligare en tid på LVM-hemmet med det stöd som LVM-beslutet kan utgöra osv. (SoS 1989:3, s. 52)

I tabell 10:1 redovisas totala antalet utskrivna från LVM-vården under 2002 och andelen som inom tre månader erhöll den första § 27-placeringen. Av totalt 1 047 utskrivningar (en person kan generera fler än en utskrivning) placerades cirka 60 procent i vård i annan form under den totala LVM-vistelsen, men enbart 34 procent erhöll en första sådan placering inom den inledande tremånaders-

perioden. Vid själva utskrivningstillfället var cirka 40 procent placerade med stöd av 27 §.

Tabell 10:1. Totalt antal utskrivna klienter från LVM-vården under 2002 samt placeringar i annan vårdform (27 § LVM).

Ärende	Antal ärenden
Totalt antal utskrivna från LVM-vården	1 047
Ärenden med 27 § LVM-placering	607
Första 27 § LVM-placering inom tre månader	351
Placerad enl. 27 § LVM vid utskrivningstillfället	414

Källa: SiS årliga statistik 2002, s. 15.

Av de klienter som påbörjar en § 27-placering är andelen avbrutna placeringar tämligen konstant och pendlade under perioden 1998–2001 mellan 60 och 64 procent (avser varje persons första § 27-placering) [tabell 10:2].

Tabell 10:2. Totala antalet placeringar enligt 27 § LVM samt andel som skett inom inledande tremånadersperioden respektive avbrutna placeringar.

År	27 § LVM totalt	Placering inom tre månader		Avbrutna placeringar	
		Antal	Procent	Antal	Procent
1998	545	292	54 %	345	63 %
1999	568	292	51 %	358	63 %
2000	605	320	53 %	361	60 %
2001	607	344	57 %	388	64 %

Anmärkning: Uppgifterna är beräknade på varje enskilt ärendes första § 27 placering.

Statens institutionsstyrelse slutförde under hösten 2003 en kvantitativ undersökning om klienternas placering i annan vårdform under perioden 2002 t.o.m. den 30 juni 2003. Bland annat framkom följande:

- Andelen klienter – av de som vårdas enligt 4 § LVM – som under 2002 blev § 27-placerade varierade mellan de olika LVM-hemmen – från 59 procent (Karlsvik) till 93 procent (Rebecka). Sett över samtliga institutioner under den undersökta perioden hade 79 procent av de utskrivna haft minst en sådan placering.
- År 2002 hade 76 procent av kvinnorna och 80 procent av männen vid minst ett tillfälle varit § 27-placerade. Första halvåret 2003 var andelen i princip identisk (drygt 80 procent).
- Andelen som varit § 27-placerade tycks minska med ökad ålder. I åldersgruppen 18–24 år hade 86 procent någon gång haft en sådan placering under 2002, första halvåret 2003 var andelen 88 procent. Motsvarande andel för den äldsta åldersgruppen, 55 år och äldre, var 76 resp. 74 procent.
- Övervägande klienter har haft *en* § 27-placering. För 2002 gällde detta för 59 procent av samtliga § 27-placerade klienter (2003: 58 %). För några LVM-hem gällde dock att antalet med mer än en § 27-placering övervägde; under 2002 gällde detta Frösö, Gudhemsgården och Hessleby.
- Kvinnorna hade i större utsträckning än männen enbart en § 27-placering. Under 2002 hade 67 procent av kvinnorna *en* § 27-placering medan motsvarande siffra för männen var 56 procent. Första halvåret 2003 var fördelningen 62 respektive 56 procent.
- I den yngsta åldersgruppen (18–24 år) hade 44 procent haft mer än en § 27-placering under LVM-vistelsen, i den äldsta åldersgruppen (55 år och äldre) hade 37 procent haft mer än en § 27-placering år 2002 (26 % första halvåret 2003).

10.4 Klientens reella placering under tid i annan vårdform

I förarbetena till nuvarande lagstiftning framhölls, att vård i annan form kan innebära ”en mångfald av olika tänkbara vårdalternativ” (prop. 1987/88:147 s. 105) – alltifrån institutionsvård och familjevård till öppenvård. Departementschefen klargjorde dock att minsta gemensamma nämnare skall vara att i insatsen ”alltid måste ingå en adekvat behandling i vården”. I förarbetena underströks att placering utanför LVM-hemmet förutsätter att klienten ”ingår i ett vårdprogram”, vilket var bakgrunden till att formuleringen ”eller vistas i eget hem” ströks från 1981 års LVM. Inget hindrar, ansåg

socialmnsitern, att den enskilde ”bor hemma och deltar i ett program”.

I tidigare refererade aktstudier framgår att ett antal klienter kan erhålla vård i annan form i sin bostad på hemorten eller i föräldrarnas bostad, kombinerat med öppenvårdsbehandling i kommunens regi. Denna öppenvårdsbehandling utgörs mycket sällan av ett strukturerat behandlingsprogram, utan kan i stället utgöras av samtalsstöd och att verifiera sin nykterhet eller drogfrihet. Denna form av ”ospecifik stödbehandling” har emellertid enligt SBU:s omfattande kunskapssammanställning från 2001 inga säkerställda effekter.

Docent Agneta Öjehagen vid Lunds universitet har konstruerat en enkel bedömningsnyckel för att kunna avgöra insatsnivån i det enskilda fallet. Detta är en generell och förenklad modell, men som ändå ger bra bild av vilken ambitionsnivå som behövs vid den förestående § 27-placeringen (tabell 10:3).

Tabell 10:3. Vårdplan: bedömning av insatsnivå.

Missbrukets tyngd	Social instabilitet	Psykisk störning	Åtgärder
+	0	0	Enkel intervention, rådgivning
++	0	0	Öppenvård, flera problemområden
++	++	0	Sluten/halvöppen/öppen strukturerad behandling, lång
++	++	++	Sluten/halvöppen/öppen strukturerad behandling, lång, i kombination med psykiatrisk bedömning och behandling
+	++	++	Sluten vård initialt, samtidig psykiatrisk behandling, lång
+	0	++	Psykiatrisk öppenvård och alkoholorådgivning

Källa: Agneta Öjehagen, Lunds universitet. Redovisas i Berglund & Rydberg (red). *Beroendelära* (1995), s. 93.

Utredningen har tagit del av exempel på överenskommelser som förekommer i samband med § 27-placering. När placeringen sker till den *egna bostaden* kan placeringsinnehållet ha följande innehåll (exemplet är hämtat från Ekebylunds behandlingshem):

- Boende i sin egen lägenhet.
- Utandningsprov, måndag–fredag, hos sjuksköterska på X-mottagningen. Urinprov tas slumpmässigt.
- Fortsatt antidepressiv medicinering.
- Regelbundna samtal med socialsekreteraren, främst inriktade på återfallsprevention samt planering av en terapikontakt.

Ett annat exempel på innehåll är följande från Hornö LVM-hem:

- NN bor i egen lägenhet.
- NN skall lämna urinprov 2 ggr/veckan vid socialtjänsten.
- NN skall om möjligt träffa psykolog en gång i veckan, företrädesvis med kognitivt inriktade samtal.
- NN skall kontakta Hornö 1 gång per vecka.
- NN skall helt avhålla sig från alkohol, droger och kriminella handlingar.

I en fokusgruppsintervju som Statens institutionsstyrelse genomförde hösten 2002 med fem institutionschefer om § 27-institutet ansågs att en kvalitativt bra öppenvårdsverksamhet kunde ha en lika god effekt som exempelvis en institutionsplacering. För klienter med dubbla störningar ansågs erfarenhetsmässigt att placering i ett logiboende (härberge) samt deltagande i öppenvårdsverksamhet utan strukturerat behandlingsinnehåll var dåliga alternativ, eftersom klienterna i stor utsträckning återfördes till LVM-hemmet. Trots detta förekommer denna typ av placeringar för klienter med dubbla störningar.

Såväl intervjuerna med LVM-föreståndare som utredningens aktstudier visar att placeringar i egna bostaden eller i logi-/kategoriboende sällan kombineras med en strukturerad öppenvårdsbehandling. I stället utmärks många öppenvårdsverksamheter av en renodlad kontrollfunktion med avseende på klientens nykterhet och drogfrihet.

Familjehemsplaceringar har minskat på grund av att andelen klienter med psykisk störning och med annan tung problematik har ökat. Avgörande för resultatet vid familjehemsplaceringen är relationen mellan klient och mottagande familj. I stället placeras dessa klienter på särskilda HVB-hem som har specialiserat sig på denna målgrupp.

I ovan refererade intervjuundersökning framkom att det för kvinnliga klienter är ett påtagligt problem att finna bra placerings-

alternativ, och institutionscheferna efterlyste ett större utbud av enkönade alternativ. Det är svårt att finna kvinnoinstitutioner som har en psykiatrisk kompetens och kan ta emot kvinnor med s.k. dubbla störningar.

Av den kontrollerade registerstudie som Gerdner (2004a) har genomfört i Jämtland på uppdrag av LVM-utredningen, framkommer att LVM-vården gav obefintlig effekt i ett läge när eftervården antingen saknades eller var mycket kortvarig.

10.5 Socialtjänstens samarbete med LVM-hemmet inför § 27-placering

För att undersöka samarbetet mellan socialtjänst och LVM-hem tog en av frågorna i utredningens kommunenkät fasta på samarbetet inför § 27-placering. Drygt 80 procent av kommunerna, vilket i förekommande fall inkluderar stads- eller kommunalförvaltningar, ansåg att samarbetet fungerade antingen ”mycket väl” eller ”ganska väl”, medan 18 procent tyckte att det fungerade ”ganska dåligt” eller ”mycket dåligt”. Som redovisas i kapitel 13, som ger en samlad redovisning av kommunenkäten, bör det framhållas att det i den kvantitativa beräkningen inte fanns några skillnader mellan olika kommungrupper i dessa bedömningar.

I de öppna kommentarerna till enkätfrågan har 154 respondenter kommenterat sina avgivna svar. De synpunkter som där framkommer är inte nödvändigtvis representativa men ändå av stort intresse, eftersom de kan antas utgöra vanligt förekommande exempel på uppfattningar om samarbetsklimatet gentemot LVM-hemmen. Vidare:

”Tolkning av klientens situation baserad på klientens egen berättelse, ej tidigare erfarenheter från socialtjänsten.”

”... där också kommunens gedigna kunskaper om klienten ej beaktas av institutionen vid behandlingsplanen”.

”SIS-institutionen drar igång egen § 27-planering utan samarbete med socialtjänsten. Trots att vi oftast har en lång kännedom om klienten och dess behov.”

”Relationer som byggts upp under vårdtiden klipps snabbt av i samband med vårdens utgång.”

”SIS-institutionen har i vissa fall inte tagit ansvar för problem som uppstått i § 27-placering/planering då LVM-vården upphört.”

10.6 LVM-hemmens syn på vård i annan form

Av den tidigare refererade intervjuundersökningen med fem institutionschefer inom LVM-vården framgår följande beträffande institutionschefernas syn på samarbetet med socialtjänsten:

Samarbetet med socialtjänsten

Man anser att samarbetet i flertalet fall är bra, men samarbetet kan brista dels på grund av att det ibland kan förekomma socialsekreterare som har dålig kompetens i missbruksfrågor, dels att personalomsättningen bland socialarbetare i vissa kommuner är mycket hög. Brister i samarbetet kunde också bero på tillkortakommanden i LVM-hemmets handläggning. Institutionscheferna framhöll att det inte är ovanligt att socialtjänsten ”beställer” att klienten skall stanna kvar sex månader på LVM-hemmet, dvs. tvärt emot vad lagen stipulerar, eftersom kommunen inte har något att ”erbjuda”. Det händer också att kommunerna ”beställer” tidiga utskrivningar trots att syftet med vården inte har uppnåtts. Föreståndarna uppfattar det generellt att det är svårt att ”gå emot socialtjänsten”, men att domen i länsrätten kan användas som argument och stöd för att inte bifalla socialtjänstens krav.

Vid planeringen av § 27-placering kan det uppstå problem om placeringsalternativen är begränsade till följd av att kommunen i upphandlingsavtal har bundit sig att i huvudsak använda sig av vissa specificerade HVB-institutioner eller andra typer av placeringar. De kompromisslösningar som man ibland enas om kan vara mindre bra utifrån den enskilde klientens behov.

Orsaker till att § 27-placeringar avbryts

Föreståndarna vid LVM-hemmen betonade i fokusgruppsintervjun att kvaliteten på placeringen är avgörande för resultatet. Med kvalitet avses här både socialtjänstens och LVM-hemmets insatser och agerande. Vanliga orsaker till en avbruten placering är att den intagne kommer iväg för tidigt, att det har förekommit dålig planering och att klienten inte är ”motiverad”. Det kan vara att bra att inte vara för snabb med att verkställa en § 27-placering, och detta uppfattas vara särskilt viktigt när det gäller opiatmissbrukare.

De klienter som verkar klara sig bäst i samband med § 27-placeringen är de som kommer via den öppna avdelningen och inte direkt från den låsbara (”slutna”) avdelningen. Det är viktigt att det under hela processen finns en bra samverkan med socialtjänsten och att ”mottagaren” kan bygga upp en fungerande relation med klienten.

Allmänt sett menade institutionscheferna att det var svårt att ha en exakt kunskap om varför vissa klienter enbart stannar några timmar medan andra fullföljer placeringen.

Hur kan kvaliteten förbättras på placeringarna?

Institutionscheferna pekade på behovet av ökad kunskap om vilka behandlingsalternativ som finns att tillgå och alternativens styrkor och svagheter. Det borde enligt föreståndarna finnas en ”utplaceringsenhet” på SiS huvudkontor som kontinuerligt gjorde en uppföljning av behandlingshem som används för § 27-placering. Man efterlyste en gemensam ”kunskapsbank”.

Kontakt med klienten under placeringen

I en uppföljande studie om § 27-institutet som för närvarande pågår inom Statens institutionsstyrelse pekar resultaten på svårigheter för klientens kontaktperson att ha en kontinuerlig kontakt med klienten under dennes § 27-placering. I SiS Verksamhetsplan för 2003 betonas, att ”LVM-hemmet har ett ansvar att noga följa placeringen utanför institutionen”. Kontakten upprätthålls framför allt via telefon och med varierande frekvens, vilket torde innebära svårigheter för kontaktpersonen att på distans kunna följa och påverka behandlingsprocessen.

10.7 Är § 27-placering ett framgångskriterium?

Frekvensen § 27-placeringar används ibland som ett mått huruvida det enskilda LVM-hemmet har varit framgångsrikt i att motivera klienten till ”att frivilligt medverka till fortsatt behandling” (3 § LVM). Forskaren Bengt Svensson menar i sin forskningsrapport om LVM-hemmet Lunden att andelen sådana placeringar kanske är det ”viktigaste kriteriet på framgång” (Svensson 2001, s. 83). I SiS

Verksamhetsplan för 2003 uppsattes det som mål att dels öka totala andelen § 27-placeringar, dels att i samarbete med socialtjänsten medverka till att öka andelen fullföljda placeringar. Ett annat exempel är budgetpropositionen 2003/04:01 där det med avseende på LVM-vården bland annat framgår följande:

Det saknas i dag tillförlitliga mått på LVM-vårdens effekter. Ett mått på hur väl LVM-vården fullgör sitt uppdrag är dock hur många klienter som skrivs ut till vård i frivilliga former enligt 27 § LVM. Andelen klienter som inom tre månader skrevs ut till vård i annan form enligt 27 § LVM var 58 procent. Motsvarande för år 2001 var 56 procent. (prop. 2003/04:1, utgiftsområde 9, s. 136)

Anledningen till att överföring till § 27-vård inte automatiskt kan ses som en framgångsfaktor är att motivation till *behandling* inte är samma sak som motivation till *förändring* (se vidare kapitel 4). Klientens motiv att acceptera en § 27-placering behöver emellertid inte nödvändigtvis bero på att denne är ”motiverad” till förändring, utan bevekelsegrunderna kan vara helt andra, exempelvis att hamna på en institution i öppnare former, möjlighet till permissioner etc. Den höga andelen placeringar som avbryts kan delvis ses som ett resultat av att LVM-hemmet har missbedömt eller misstolkat klientens intentioner, eller har verkställt denna vårdform i ett alltför tidigt skede av behandlingsprocessen eller att kvaliteten på placeringen är dålig (jfr ovan beträffande personer med dubbla störningar). Av utredningens egna aktstudier framgår att en avbruten placering ofta följs av ett nytt försök, vilket är ett sätt att förmedla till klienten att man fortfarande har tilltro till dennes förmåga.

I en omfattande studie av LVM-hemmet Rällsögårdens verksamhet har Möller, Gerdner och Oscarsson (1998) bland annat redovisat ingående data om vård i annan form under perioden 1988–1992.⁴ Av totalt 162 inskrivna klienter under denna period erhöll 67 personer § 27-placering. Dessa genererade sammanlagt 74 placeringar, eftersom sex klienter hade mer än en placering. Men det var betydligt fler som ”misslyckades” vid första placeringstillfället såtillvida att de återfördes till LVM-hemmet, vanligtvis på grund av att de hade återfallit, men endast sex klienter erhöll ytterligare placeringar med stöd av 27 §. Av dessa var det tre som därefter full-

⁴ Under den aktuella perioden var Rällsögården ett s.k. § 22-hem för att i december 1992 konverteras till ett § 23-hem, dvs. en institution avsedd för klienter ”som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn” vilket är liktydigt med tillgång till läsbar avdelning. Under den aktuella undersökningsperioden 1988–1992 var LVM-hemmet en ”öppen” institution med begränsade möjligheter att utöva särskilda befogenheter enligt LVM.

följde sin placering. Den absoluta majoriteten (91 %) hade alltså enbart *en* enda placering i annan vårdform. Merparten av de klienter som ”misslyckades” fick alltså en förnyad § 27-placering.

Klienterna placerades i begränsad omfattning på HVB-institution under sin § 27-placering (19 %), medan 81 procent placerades i det egna hemmet i kombination med krav på deltagande i olika former av öppenvård. I många fall inskränkte sig ”öppenvården” dock enligt författarna till ”att hålla kontakt med socialtjänsten” (Möller, Gerdner och Oscarsson 1998, s. 79). Det kan ifrågasättas om en § 27-placering som *enbart* förenar boende och en stödkontakt med socialsekreteraren uppfyller lagstiftarens intentioner med denna vårdform, nämligen *vård* i annan form.

11 LVM-vårdens inledning och avslutning

11.1 Inledning

I betänkandets inledande kapitel konstaterade vi att början och slutet av LVM-vården utgör de svagaste länkarna i det som är tänkt att utgöra en fungerande vårdkedja. Problemen gäller dels inledande sjukhusvård i form av abstinensbehandling genom 24 § LVM, dels behovet av kraftfulla åtgärder när tvångsvården upphör för att främja den intagnes rehabilitering och integration i samhället. Ansvaret när det gäller bostad, arbete eller utbildning åvilar socialnämnden (30 § LVM), men insatserna kan därutöver också avse andra områden, exempelvis insatser från hälso- och sjukvårdens sida.

I detta kapitel redovisas de brister som framkommit och som identifierats inom dessa två områden. Utredningens analys baseras på ett empiriskt underlag i form av enkätundersökning till samtliga kommuner (inklusive kommun- och stadsdelsförvaltningar), intervjuer med föreståndarna vid LVM-hemmen, fokusgruppsintervjuer med företrädare för beroendevården i tre kommuner (Västerås, Jönköping och Norrköping), enskilda intervjuer med psykiatrer verksamma inom LVM-vården samt fokusgruppsintervjuer med företrädare för socialtjänsten (Västerås, Jönköping, Norrköping, Sundsvall och Umeå).

11.2 Allmänt om sjukhusvård som inledning av LVM-vården

Lagstiftaren har alltsedan tillkomsten av 1981 års LVM betonat att tvångsvård skall kunna inledas på sjukhus ”om förutsättningarna för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till

den planerade vården i övrigt”.¹ I kapitel 8 har frågan om inledande sjukhusvård berörts utifrån möjligheten att under en begränsad tid – i avvaktan på att polishandräckning kan ske – kvarhålla patienten mot dennes uttryckliga vilja. I föreliggande kapitel kommer bland annat att beröras förutsättningarna för landstinget att ge denna vårdinsats.

Vad som här avses är först och främst behovet av det som brukar benämnas för ”avgiftning”, men där en mer adekvat term är abstinensbehandling. Abstinensbehandling initieras när någon har abstinenssymtom, som varierar beroende på vilken substans det handlar om. Dessa är inte sällan av mycket allvarlig och livshotande natur, framför allt vid alkoholmissbruk. Två olika personer kan alltså ha samma promillehalt, men i det ena fallet görs bedömningen att denne är i behov av abstinensbehandling, och i det andra fallet finns inget sådant behov eftersom de medicinska kriterierna saknas. Vid abstinensbehandling rör det sig om en kortare inledande fas av LVM-vården.²

Socialberedningen föreslog i sitt betänkande SOU 1981:7 denna ordning som ett obligatoriskt förfarande där avsteg endast kunde medges av länsrätten. Förslaget kritiserades på flera punkter av remissinstanserna, vilket ledde till att regeringen i stället föreslog en modifierad modell där inledande sjukhusvård visserligen var en huvudregel, men enbart om sjukhusbaserad vård ansågs lämplig med hänsyn till den planerade vården i övrigt och att förutsättningar för sådan vård var uppfyllda. I propositionen klargjordes att om LVM-institutionen ”är utrustad med sjukvårdsresurser, som är tillräckliga för att möta vårdbehovet, måste man kunna avstå från att anlita sjukhuset” (prop. 1981/82:8 s. 86).

I Socialstyrelsens allmänna råd för LVM-vården (1989:3) poängteras att avgiftning endast i undantagsfall bör ske på en LVM-institution; ”undantag utgör de LVM-hem som har egen avgiftningsenhet med erforderlig medicinsk kompetens”. I dagsläget utgörs de enbart av Runnagården, Frösö LVM-hem och Lunden. Samtidigt konstaterade Socialberedningen i ett delbetänkande från 1983 (Ds S 1983:16), att vid flertalet LVM-hem var de medicinska resurserna ytterst begränsade, och en komplikation i sammanhanget var vid denna tidpunkt att lokaliseringen av LVM-hemmen försvårade möjligheten att snabbt få hjälp i akuta situationer.

¹ 24 § LVM. Innebörden var densamma i 1981 års lag (12 §) även den redaktionella utformningen av paragrafen var något annorlunda.

² Socialstyrelsens allmänna råd 1982:6, s. 33.

I detta avsnitt kommer vi enbart att fokusera på behovet av *inledande* sjukhusvård, inte frågan om sjukhusvård som eventuellt kan uppkomma under ett senare skede av LVM-vistelsen. I samband med socialutskottets behandling av propositionen som föregick 1981 års LVM uttalade utskottet, att:

Den som vårdas med stöd av LVM och är i behov av vård på sjukhus måste självfallet beredas sådan vård. Detta innebär att det i de flesta fall torde vara nödvändigt att låta LVM-vården inledas på sjukhus, oavsett risken att missbrukaren avviker. Formuleringen av 12 § får givetvis inte tolkas som att man skulle kunna avstå från den sjukhusvård som missbrukaren kan behöva. (bet. SoU 1981/82:22, s. 19)

Det saknas numera officiell statistik över antalet klienter som påbörjar LVM-vården genom inledande tvångsvård. Kalenderåret 1982, dvs. första året som LVM var i kraft, uppgick andelen till 28 procent (Ds S 1983:16). Samma andel uppgav Socialberedningen avseende 1985 (SOU 1987:22):

Enligt många mening är det en förvånansvärt låg andel av de tvångsomhändertagna missbrukarna som har fått inledande sjukhusvård. Detta skall ses mot bakgrund av att de missbrukare som kommer i fråga för vård enligt LVM i allmänhet har ett särskilt kvalificerat missbruk. Det kan därför antas att avgiftningen i deras fall ofta medför speciella problem. (Ds S 1983:16, s. 10–11)

Utöver inledande sjukhusvård kan det naturligtvis också förekomma sjukhusvård i direkt anslutning till tvångsintagningen. Socialberedningen uppgav denna andel till 41 procent för 1985, men det är i sammanhanget oklart vilken beräkningsmetod som beredningen har tillämpat.³ Av Socialberedningens enkätundersökning framgick vidare att LVM-hemmen i vissa fall ”ser sig tvingade att ta emot LVM-klienter som skulle behöva sjukhusvård men inte erhållit sådan före intagningen på hemmet” (SOU 1987:22, s. 80).

Socialberedningen diskuterade i ovannämnda delbetänkande tänkbara orsaker till att det var en ”förvånansvärt” låg andel av de intagna som började LVM-vården på sjukhus. Beredningen avfärdar uppfattningen att det skulle hänga samman med ”att missbrukarna inte är välkomna på sjukhus”. I stället pekade man på missbrukarens ambivalens till vård överhuvud taget och till traditionen från nykterhetsvårdslagens tid då sjukhusvård inte kunde ges som inledning på tvångsvården, utan sjukhusvård förutsatte att den hade

³ Förmodligen rör det sig om en tvärsniträkning en viss given dag eller kortare period.

skett dessförinnan. ”Eftersom missbrukaren var negativ till att få vård, var han ofta även negativ till en inledande sjukhusvård. Anstalterna fick därför ofta ta emot missbrukare med svåra abstinensbesvär. Även om anstalterna ofta påtalade bristerna i denna ordning, tvingades man i flertalet fall acceptera den. Härigenom skapades en tradition där man accepterade en standard på vården i det inledande skedet som för de tvångsomhändertagna var avsevärt lägre än för dem som samtyckte till vård” (Ds S 1983:16, s. 78).

11.2.1 Tjugo år senare – en ögonblicksbild år 2003

Sedan Socialberedningen presenterade ovannämnda delbetänkande har 20 år förflutet. Missbrukarvården har sedan dess genomgått en kraftig transformering, inte minst sedan 1990-talets början, vilket närmare beskrivs i kapitel 2 om missbrukarvårdens utveckling. I detta sammanhang är det värt att notera att tvångsvårdens omstrukturering även kan avläsas i en påtaglig förändrad klientsammansättning. Antalet narkomaner intagna på LVM-hem har varit relativt konstant sedan 1990-talets början medan antalet alkoholmissbrukare har minskat kraftigt. Ökningen av antalet personer med tungt missbruk enligt MAX-projektet (se vidare kapitel 2) sker samtidigt som tillgängliga resurser för s.k. avgiftning inom hälso- och sjukvården minskar. I en brukarundersökning som Kristiansen och Svensson (2003) – på uppdrag av Mobilisering mot Narkotika – har gjort av narkomaners livsvillkor och vårderfarenheter förmedlas bland annat Carinas röst som är heroinist i 40-årsåldern:

Hon använder sedan många år heroin dagligen. Under hela det senaste året har hon försökt få vård för sitt missbruk. Hon berättar: Jag tog kontakt med min socialsekreterare för att få komma till ett behandlingshem. Vi kom efter ett tag överens om att jag skulle till X-hemmet som enbart riktar sig till kvinnor. Men dit var det långa väntetider, både för att få informationssamtal och för att sedan komma in. Dessutom skulle jag ha avgiftning och dit var också väntetiden lång. Då tog jag kontakt med en kvinna som jag känner sedan gammalt som arbetar på Y-hemmet. Hon erbjöd mig en plats omedelbart. Dom har dessutom en egen avgiftning. Men min socialsekreterare höll fast vid den tidigare planeringen. Detta hände i december. Nu, nästan fyra månader senare har jag till slut lyckats få en avgiftningsplats och jag ska in på X-hemmet. Hela tiden ute har jag varit jättekriminell och jag har stulit för flera tusen om dagen. Det har varit fruktansvärt jobbigt, inte bara för mig utan också för mina barn och mina föräldrar. Jag kunde ha

dött av en överdos vilken dag som helst eller så kunde jag åka fast för polisen. Jag har verkligen velat ha vård hela tiden. X-hemmet har varit hyggliga, dom har hållit en plats åt mig i två månader nu, under tiden jag har köat för att få avgiftning. (Kristiansen & Svensson 2003, s. 28)

Av ovannämnda rapport framgår emellertid att det finns exempel på sjukvårdsbaserad narkomanvård⁴ som har förståelse för behovet av akuta insatser. Planeringen efter genomgången avgiftning är inte så sällan bristfällig: "... problemen visar sig dyka upp när patienterna ska slussas ut efter avgiftningen. I Göteborg stannade patienterna inne extra länge för att uppföljningen inte var klar, i Lund gick patienter i flera fall ut till så gott som ingenting efter avslutad avgiftning. /---/ Bristen på uppföljning efter avgiftningen gör att många misslyckas med att genomföra avgiftningen." (ibid., s. 32).

I Socialstyrelsens ORION-rapport (2003)⁵, som är resultatet av ett gemensamt kartläggningsarbete mellan Socialstyrelsen och Mobilisering Mot Narkotika, framgår vidare att samtliga landsting med undantag för Värmland har eller utnyttjar särskilda avgiftningsenheter för narkotikamissbrukare. Flertalet av landstingen har i enkätundersökning framhållit att man anser resursläget inom narkomanvården vara "mycket otillräckligt". Av de större kommunerna anser 47 procent att det råder "stor brist" på avgiftningsenheter medan motsvarande andel för de mindre kommunerna är 38 procent. På frågan om kommunernas samarbete med sjukvården framgår att betydligt fler än hälften, oavsett kommunstorlek, anser att man inte har ett särskilt väl utvecklat samarbete med sjukvården när det gäller narkotikamissbrukare. Från landstingens sida anser 10 på motsvarande sätt att det inte existerade något särskilt väl utvecklat samarbete med kommunerna.

Kommunernas syn på landstingens avgiftningsmöjligheter i samband med akuta omhändertaganden enligt 13 § LVM redovisas bland annat i den omfattande kommunenkät som utredningen har genomfört. Kritiken bottnar i ett allmänt lågt förtroende från socialtjänstens sida visavi hälso- och sjukvårdens missbrukarvård. Av de kommuner som själva har valt att kommentera samverkansbrister med andra myndigheter är det 11 av 15 som anger sjukvården som den organisation som det finns samarbetsproblem med. På en öppen fråga om verkställandet av omhändertagandebeslut enligt LVM anser 23 av 33 kommuner som har haft synpunkter på sjuk-

⁴ I deras exempel nämns S:t Lars sjukhus i Lund och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

⁵ ORION = Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård.

vårdens roll, att problemet är knutet till bristen på avgiftningsplatser inom den sjukhusbaserade vården. Andra pekar på svårigheten att hålla kvar patienten på sjukhus i samband med intygsskrivning och avgiftning.

För att få en bild av beroendevårdens faktiska handläggning av tillnyktrings- och avgiftningsärenden har utredningen under våren 2003 genomfört fokusgruppsintervjuer med företrädare för dessa vårdgivare vid Centrallasarettet i Västerås, Vrinnevisjukhuset i Norrköping och Ryhovs sjukhus i Jönköping. Valet av dessa orter beror på att det är samma kommuner där utredningen också har genomfört aktstudier inom socialtjänsten avseende klienter som blivit aktualiserade antingen genom en extern LVM-anmälan (6 §) eller genom att socialtjänsten *ex officio* har påbörjat en utredning (7 § LVM). Organisation och resursallokering skiljer sig väsentligt åt mellan dessa centrallasarett:

1. Vrinnevisjukhuset i Norrköping

Fram till årsskiftet 2001/02 omfattades beroendevården av en jourverksamhet med öppethållande dygnet runt, avgiftningsenhet med åtta slutenvårdsplatser samt slutenvårdsplatser för tillnyktring. Enheten tog emot narkomaner för avgiftning under förutsättning att de hade karaktären av ”planerade inläggningar” och där det fanns en vidare planering efter avslutad avgiftning; samma kriterium har aldrig gällt för alkoholister med tanke på den livsfara de kan befinna sig i en abstinensfas. Avgiftningsenheten är sedan slutet av 2001 nedlagd och i stället har man öronmärkt två ”Norrköpingsplatser” på avgiftningsenheten vid Universitetssjukhuset i Linköping. Till dessa platser prioriteras i första hand personer med alkoholmissbruk vilka är i behov av abstinensbehandling, inte unga heroinister som annars är vanligt förekommande i Norrköping.⁶ Om platserna är fullbelagda i Linköping och man måste lägga in en patient på grund av exempelvis deliriumtillstånd måste detta ske vid psykiatriska klinikens PIVA-enhet.

På utredningens fråga om konsekvenserna för unga heroinister uttalade en av sjuksköterskorna:

⁶ Sociologen Philip Lalander beskriver situationen för unga heroinister i Norrköping i *Hela världen är din – en bok om unga heroinister* (2001) och *Hooked on heroin – drugs and drifters in a globalized world* (2003).

Vi vet egentligen inte det, eftersom både socialtjänsten och narkomanaerna har slutat att vända sig hit, så vi vet inte hur läget ser ut i stan. Vi kan inte erbjuda någonting. Och de flesta behandlingshem kräver ju (...) det är det som är det stora dilemma i dag, att det krävs att dom ska vara avgiftade innan dom kommer. Det är det som det faller på. Det är det stora problemet mellan socialtjänsten och oss att vi inte kan erbjuda avgiftning i dag. På något sätt står man kvar på ruta ett.

I Norrköping förekommer för närvarande polikliniska avgiftningar som vänder sig till personer med alkoholmissbruk, och sedan början av 2003 även till heroinister.

Tillnyktringsenheten (TNE) vid Vrinnevisjukhuset upphörde i mars 2003. Under perioden januari 2002 fram till mars 2003 hade TNE ett begränsat öppethållande (tisdag–fredag) under 23 timmar per dygn. Numera har man tillgång till tre öronmärkta ”Norrköpingsplatser” vid Universitetssjukhuset i Linköping.

2. Ryhovs sjukhus i Jönköping

Beroendesektionen vid psykiatriska kliniken omfattar en öppen-vårdsmottagning, en vårdavdelning samt en landstings/kommungemensam mottagning för beroende- och svårt psykiskt sjuka patienter (BOP-mottagningen). Vårdavdelningen har hela länet som upptagningsområde, medan mottagningen vänder sig till invånarna inom Jönköpings sjukvårdsområde. Förenklat uttryckt konsumerar 10 procent av patienterna en hög andel slutenvård. Sedan 1997 finns inte längre någon särskild intagningsavdelning. När den var i funktion kunde det hända att man lade in berusade patienter om man gjorde bedömningen att patienten var i behov av avgiftning. Det saknas en särskild tillnyktringsenhet, men frågan är för närvarande föremål för en utredning.

Om berusade patienter uppsöker den för allmänpsykiatri och beroendevården gemensamma akutmottagningen uppfyller de i regel inte intagningskriteriet om att vara ”bedömningsbara”, vilket leder till att patienter kan bli avvisade och uppmanade att komma tillbaka när de har nyktrat till. Detta kan i sig försvåra deras möjlighet att bryta en pågående missbruksperiod. Avsaknaden av TNE leder till att patienterna är ännu mer nedgångna när det slutligen blir aktuellt med inläggning för avgiftning. Inläggning för abstinensbehandling skall i första hand ske planerat, men det får ge vika om medicinska skäl talar för inläggning. Det förekommer ingen

väntelista för att få en plats i slutenvården. Detta har kunnat uppnås genom att medelvårdtiden har pressats ner till 3,7 dagar.

3. Centrallasarettet i Västerås

Jour- och beroendeenheten tillhör organisatoriskt psykiatriska kliniken. Till verksamheten är knuten en mottagning som både utgör öppenvårdsavdelning och jourmottagning samt vårdavdelning. Verksamheten saknar en särskild tillnyktringsenhet. Jourmottagningen är en gemensam akutmottagning för både beroendevården och allmänpsykiatrin. Beroendevården är en länsövergripande verksamhet, men halva upptagningsområdet utgörs av Västerås stad. Företrädare för beroendevården klargjorde att när det är aktuellt med förestående intagning på LVM-hem är det aldrig något problem att bistå med en initial abstinensbehandling. "Vi ställer alltid upp i dessa situationer", framkom det i fokusgruppsintervjun. Om det däremot inte finns någon "planering" för tiden efter abstinensbehandling är det däremot "omöjligt att ta emot patienten".

Inom landstinget har frågan om en tillnyktringsenhet utretts, men i rådande ekonomiska läge är det inte aktuellt att etablera TNE. För närvarande kan man således inte ta emot patienter i berusat tillstånd, utan man tvingas avvisa dessa eller hänvisa till polisen. Undantag från inläggningskriteriet kan ske om det är en kvinna som bedöms vara i en utsatt situation eller om det är en förstagångssökande.

11.3 Abstinensbehandling och annan form av medicinskt omhändertagande inom LVM-vården

11.3.1 Begreppet avgiftning

Begreppet avgiftning är ett ofta använt begrepp både inom socialtjänsten och i förarbetena till LVM. Men detta begrepp är, som tidigare har nämnts, i hög grad mångtydigt och saknar en enhetlig definition. Som i så många andra sammanhang när olika myndigheter skall samverka uppstår språk- och begreppsförbistringar. Socialtjänst å ena sidan och hälso- och sjukvård å andra sidan har inom många områden snarlika uttryck, men som dock har olika innebörder. Begreppet *avgiftning* är endast ett av många exempel på detta.

Avgiftning kan användas i betydelsen ”giftets utsöndring ur kroppen”. I denna betydelse avses att avgiftningen påbörjas när tillförseln av drogen/alkoholen upphör. Avgiftningen är i denna definition avslutad i och med att alla påvisbara drogresten är försvunna. I denna betydelse tas ingen hänsyn till vilka medicinska behov individen kan ha före, under eller omedelbart efter avgiftningen. Rimligen är detta anledningen till att socialtjänsten ofta omedvetet använder denna tolkning av ordet avgiftning. En hel del behandlingshem – även med Statens institutionsstyrelse som huvudman – förefaller använda denna tolkning vilket gör att man inte tar hänsyn till olika former av medicinska behov när man artikulerar att man kan hantera klientens avgiftningsbehov. Behandlingshem som anger att de tar in patienter för avgiftning menar ofta att de tar in klienten innan hans eller hennes droger/alkohol har lämnat kroppen.

Just inom detta område kritiserar socialtjänsten ofta hälso- och sjukvården för att inte ta ansvar för avgiftning. Men, eftersom denna definition inte tar hänsyn till de medicinska behoven uppstår i relation till klientens sjukvårdsbehov den paradoxala situationen att sjukvården exempelvis förväntas härbärgera klienter med cannabis kvar i kroppen (tar ibland veckovis) utan att det finns behov av några som helst medicinska insatser. Å andra sidan tar vissa behandlingshem in klienter med alkoholproblem när promillehalten är noll vilket för vissa patienter är just den fas då de absolut största riskerna rent medicinskt föreligger och patienten följaktligen borde vara inlagd på sjukhus.

11.3.2 Exempel på medicinska behov vid avgiftning

Vid svårt alkoholmissbruk⁷ är riskerna framför allt koncentrerade till initialskedet. Dels är riskerna stora under okontrollerad berusning med stora risker för blandförgiftning med läkemedel, odagnostiserade skallskador med hjärnblödningar, frakturer m.m. Dels är riskerna att alkoholmissbruket har medfört en allvarlig vitamin B₁-brist i vilket fall det är obligat med omedelbara intramuskulära injektioner av vitamin B₁ innan kolhydrater tillförs; i annat fall uppstår irreversibla hjärnskador. Under och framför allt omedelbart

⁷ I detta sammanhang avses alkoholmissbruk med risk för allvarliga tillnyktrings- och abstinenskomplikationer.

efter tillnyktringen⁸ från alkohol är risken stor att individen drabbas av hjärnskadande epilepsianfall och delirium om inte effektiva sjukvårdsinsatser genomförs. Således skulle, enligt den "sociala" definitionen av avgiftning ovan, klienten med manifesta alkoholproblem egentligen vara färdigavgiftad när de största medicinska riskerna inträder.

Vad som nu sagts understryker betydelsen av ett kvalificerat medicinskt omhändertagande av svårt alkoholmissbrukande klienter i framför allt initialskedet efter avbrutet alkoholintag (exempelvis i anslutning till omhändertagandebeslut enligt 13 § LVM). Om inte omedelbara medicinska insatser finns tillgängliga kan den enskilde drabbas av hjärnskador. Dessutom försvåras den fortsatta rehabiliteringen av själva beroendetillståndet.

Vid avgiftning av narkotika uppstår de medicinska behoven vid andra tidpunkter. Heroinisten riskerar framför allt vid *blandmissbruk* andningsstillestånd under pågående berusning. Under de följande dagarna av abstinenssymtom uppstår en i allmänhet medicinskt ofarlig men subjektivt svårt smärtsamt tillstånd. Detta kräver i allmänhet inte sjukhusvård men bör behandlas för att minska patientens lidande. Den medicinska insatsen efter de första timmarna av observation kräver i allmänhet inte akutsjukhusets insatser utan kan med god medicinsk säkerhet bedrivas i öppnare vårdformer, förutsatt att adekvat behandling under kort tid insätts. Likartat förhållande är det vid missbruk av *centralstimulantia* där riskerna är stora för blodtryckskriser, hjärnblödning, akut psykos m.m. under själva akuta förgiftningen, men efter att excitationen har lagt sig är i allmänhet de medicinska riskerna obetydliga om inte andra sjukdomar föreligger. Vid båda dessa tillstånd är riskerna överståndna medicinskt ofta innan drogerna helt har lämnat kroppen, dvs. innan klienten enligt den "sociala" avgiftningsdefinitionen är färdigavgiftad. (Jämför det motsatta förhållandet vid alkoholmissbruk.)

Vid missbruk av *cannabis* är de medicinska riskerna ringa under utsöndringsfasen. Denna fas kan pågå under veckor och ibland månader med ofarliga men lindriga besvärande symtom. Ett intensivt sjukvårdskrävande tillstånd uppstår överhuvud taget inte alls under avgiftningen om det inte i akutfasen har uppstått ett psykotillstånd. Vid missbruk av *bensodiazepiner* är förhållandena annorlunda. Under de skeden då patienten fortfarande utsöndrar drogen,

⁸ Begreppet tillnyktring från alkohol motsvarar den ovan beskrivna "sociala" definitionen av avgiftning.

dvs. under de första 1–2 veckorna (beroende på drog och dos) är riskerna för komplikationer mycket små medan de successivt ökar med risk för epilepsi och delirium under andra till tredje veckan, dvs. när klienten enligt den ”sociala” avgiftningsdefinitionen ofta är ”färdigavgiftad”.

11.3.3 Kvaliteten på medicinsk säkerhet och omhändertagande inom LVM-vården

De senaste årens utveckling har visat att personer som omhändertagits enligt LVM generellt sett har ett ökat behov av sjukvård, bland annat därför att tvångsåtgärder tillgrips i ett betydligt senare skede av missbrukskarriären jämfört med tidigare. Det förhållandet att en ökad andel av intagna vid LVM-hemmen omhändertas i ett akut skede med stöd av 13 § LVM innebär att man vid dessa institutioner har en högre andel intagna med risk för allvarliga komplikationer till följd av sitt missbruk.

Bestämmelsen i 24 § LVM skall – som utvecklats ovan – ses mot bakgrund av detta förhållande. Samtidigt är det så att många klienter överhuvud taget inte passerar ett akutsjukhus när omhändertagandebeslutet enligt 13 § skall verkställas, utan klienten transporteras direkt till LVM-hemmet. I samband med ikraftträdandet av nuvarande LVM infördes en befogenhet för sjukvården att under kortare tid kvarhålla patienten; i princip i avvaktan på att polis- och handräddning skulle hinna verkställas (se kapitel 8). Lagstiftaren förutsatte att denna retentionsrätt skulle bidra till att färre patienter skulle avvika från inledande abstinensbehandling (”avgiftning”), och vara ett medel för att öka andelen patienter som inleder LVM-vården med sjukhusbaserad vård (1986: 40 %).⁹

En förutsättning för att kvarhållningsrätten skall kunna användas är emellertid att klienten överhuvud taget blir intagen på sjukhus. Tillgängliga uppgifter från Statens institutionsstyrelse visar emellertid att av 1 009 intagna klienter under 2002¹⁰ var det enbart 328 (32,5 %) som inledde tvångsvården med sjukhusvård. Andelen har alltså ytterligare minskat jämfört med före den nya lagens ikraftträdande (1989: 48 %, 1992: 45 %).¹¹ För i princip samtliga övriga intagna 680 klienter (67,5 %) under 2002 svarade LVM-hemmen

⁹ Prop. 1987/88:147 s. 81 ff.

¹⁰ I denna siffra ingår enbart klienter som är intagna med stöd av LVM, inte klienter placerade på en del LVM-hem med stöd av SoL.

¹¹ Muntlig kommunikation våren 2003 med Ingrid Florén, SCB.

själva för medicinsk abstinensbehandling, dock med varierande grad av kvalitet och säkerhet. Bakom dessa siffror finns dessutom oerhört stora variationer mellan de olika regionerna:

Tabell 11:1. Andel intagna klienter på LVM-hem där LVM-vården har inletts på sjukhus.

<i>Region</i>	<i>Andel där LVM-vård har inletts på sjukhus</i>	<i>Antal LVM-hem/platser</i>
Norr	3 %	2 (47)
Mellan	24 %	3 (86)
Öst	24 %	4 (105)
Väst	47 %	1 (25)
Syd	69 %	4 (83)

Källa: SiS. Avgiftning inom Statens institutionsstyrelse (2003-09-30, dnr 120-308-2003).

LVM-utredningen har vecka 41/2003 (6–12 oktober) genomfört en tvärsnittsundersökning av samtliga inskrivna¹² på LVM-hemmen för att undersöka hur stor andel som har genomgått ”avgiftning” direkt före intagningen respektive som har inletts LVM-vistelsen på sjukhus (tabell 11:2).

¹² Med inskriven på LVM-hem avses här alla klienter som är föremål för tvångsvård enligt LVM, oberoende av om de under den aktuella veckan är § 27-placerade eller har avvikit.

Tabell 11:2. Antal klienter som under vecka 41/2003 har inlett LVM-vården med sjukhusvård i form av abstinensbehandling eller som har genomgått sådan behandling på LVM-hemmet m.m.

Region/LVM-hem	(I)	(II)	(III)	(IV)
<i>Norr</i>				
Frösö ¹	3	3	18	15
Renforsen	7	3	3	7
<i>Mellan</i>				
Runnagården	5	4	19	28
Rällsögården	8	5	9	14
Älvgården	6	10	7	17
<i>Öst</i>				
Ekebylund	5	6	14	8
Hornö	9	5	19	27
Rebecka	0	15	0	15
Östfora	12	8	10	15
<i>Väst</i>				
Gudhemsgården	19	1	9	9
<i>Syd</i>				
Fortunagården	8	1	2	0
Hessleby	20	0	16	16
Karlsvik	14	3	0	0
Lunden	3	2	14	14
TOTALT	119	66	139	185

¹ = LVM-hemmet bedriver egen TNE-enhet.

(I) Antal som inlett LVM-vården med sjukhusvård i form av abstinensbehandling ("avgiftning").

(II) Antal som före intagning på LVM-hemmet har varit föremål för medicinsk bedömning på sjukhus, men som inte har blivit inlagda.

(III) Antal som tagits in på LVM-hemmet utan föregående abstinensbehandling eller medicinsk bedömning på sjukhus.

(IV) Antal klienter som har genomgått abstinensbehandling på LVM-hemmet.

Ett stort antal av de klienter som vecka 41/2003 var inskrivna på LVM-hemmen blev intagna utan att ha genomgått någon sjukhusbaserad abstinensbehandling. Endast ett LVM-hem (Karlsvik) tar konsekvent inte emot några klienter som inte först har passerat

sjukhusvården. Vid några av LVM-hemmen dominerar den sjukhusbaserade behandlingen medan genomförda "avgiftningar" i egen regi är färre (4 LVM-hem). Vid nio LVM-hem avgiftas merparten av klienterna när de anländer i samband med intagningen. Endast tre institutioner i sistnämnda kategori – Runnagården, Frösö och Lunden – har behövliga personella och materiella resurser för att bedriva sådan verksamhet.

Bakgrunden till landstingens begränsade möjligheter att ombesörja abstinensbehandling är att hälso- och sjukvården saknar resurser att omedelbart kunna bereda slutenvårdsplats för abstinensbehandling. Som framgått under avsnitt 11.2.1 har slutenvårdsplatser för abstinensbehandling och tillnyktring numera upphört i Norrköping, och de två platser som man förfogar över vid Universitetssjukhuset i Linköping är i praktiken inte tillgängliga för exempelvis heroinister från Norrköping till följd av den hårda prioritering som man tvingas tillämpa. Klienterna transporteras därför i många fall direkt till LVM-hemmet där man inledningsvis svarar för abstinensbehandling.

Den medicinskt sakkunnige vid Statens institutionsstyrelse, med dr. Tom Palmstierna, redovisade i april 2003 resultatet av en kartläggning och kvalitetsbedömning av tillgängliga sjukvårdsresurser, delegationsbestämmelser, ordinationer m.m. vid samtliga LVM-hem.¹³ Kartläggningen visar att situationen i dagsläget för klienterna är mycket varierande. Den medicinska bedömning klienten får i samband med intagning och omhändertagande är i allt väsentligt beroende av dels den enskilde institutionschefens inställning och hållning till den akutmedicinska problematiken och dels beroende av socialtjänstens inställning. Vissa LVM-hem begär undantagslöst att deras klienter skall intas via landstingens akutsjukvård. En institution (Frösö LVM-hem) har egna fullskaliga akutsjukvårdsresurser. Andra försöker få närliggande sjukhus att stå för bedömning av akutomhändertagna klienter, men har varierande framgång i att kommunicera och artikulera detta behov med hälso- och sjukvården. Ytterligare ett antal institutioner tar in klienter direkt "från gatan" oavsett svårighetsgrad.

Det bör i detta sammanhang påpekas att det inte enbart handlar om LVM-hemmens och hälso- och sjukvårdens agerande i denna fråga. Omhändertagandebeslut enligt 13 § LVM verkställs inte så sällan av polismyndigheten (45 § LVM), och i samband därmed

¹³ SiS skrivelse *Medicinsk kvalitetssäkring inom LVM-vården – utredning och åtgärdsplan* (2003-04-25, dnr 120-336-03).

övergår ansvaret för klienten till att bli en rent polisiär transportfunktion. Akut omhändertagna klienter transporteras ofta långa sträckor som organiseras som ”stafetter” där olika polismyndigheter är inblandade, vilket sker utan medicinsk tillsyn, för att slutligen överlämnas till ett oförberett LVM-hem och utan att sjukvården har konsulterats.

Även det medicinska omhändertagandet *efter* intagning på LVM-hem varierar stort mellan respektive LVM-hem, sannolikt av samma orsaker som ovan, framgår det av den rapport som Tom Palmstierna har utarbetat. Till detta kan ytterligare en omständighet fogas, nämligen att institutionernas sjukvårdsbemanning varierar i mycket stor utsträckning. Vissa LVM-hem förfogar över, som nämnts ovan, en fullriggad akutmedicinsk service dygnet runt att jämföra med ett akutsjukhus. Andra LVM-hem har direktkontakt med intilliggande akutsjukhus med vilka man har välfungerande överenskommelser om assistans vid akutintagningar. Ytterligare andra LVM-hem har tillgång till specialistläkare dygnet runt med sin ordinarie specialistläkare som kan göra bedömningar på nyanlända klienter.

De medicinska insatserna efter det akuta omhändertagandet varierar – men inte lika dramatiskt – mellan de olika LVM-institutionerna. Här förefaller tillgången till medicinsk expertis vara avgörande. Den medicinska expertisen kan antingen vara anställd vid LVM-hemmet på konsultbasis, eller förlitar sig det enskilda LVM-hemmet på sina vårdgrannar inom psykiatrin och den somatiska vården, dock med mycket varierande resultat. Till detta kommer att LVM-hemmets geografiska läge har stor betydelse: Det är lättare för LVM-hem som är lokaliserade i större universitetsorter att få tillgång till den ordinarie sjukvårdens resurser än för LVM-hem som ligger långt ut i glesbygd med mindre läns- eller länsdelslasarett som närmaste resurs. Detta har inneburit en prekär situation för ett antal LVM-hem som har intagna klienter med komplexa medicinskt/psykiatriska utrednings- och behandlingsbehov.

Psykiatriska utredningsbehov har belysts i kapitel 4. Inom det somatiska fältet kan bland annat nämnas *diabetesvård*: Många alkoholklienter har en bristfälligt behandlad diabetes som kräver inställning av specialist i allmän- eller invärtesmedicin och omvårdnad av speciellt utbildade diabetessjuksköterskor. Vidare kan nämnas att många klienter har en komplex *infektionssituation* med olika former av hepatiter som kräver infektionsspecialistens råd och eventuell medicinsk planering. Ett tredje exempel utgörs av klienter

som på grund av svåra alkoholproblem har *neurologiska funktionshinder*, och som därför är i behov av utredningsspecialiserat behandlingsprogram för optimering av restfunktioner.

11.3.4 SiS ställningstaganden och inriktning av det fortsatta arbetet

De senaste åren har huvudkontoret vid Statens institutionsstyrelse agerat på olika nivåer för att artikulera problemet med att sjukhusvården som en inledande fas av tvångsvården inte alls fungerar eller fungerar djupt otillfredsställande inom många landsting. Frågan har bland annat diskuterats i samband med att socialutskottet i november 2001 anordnade en offentlig utfrågning om samverkan inom psykiatriområdet (2001/02:URD1, s. 36) samt med Landstingsförbundet. I oktober 2001, översände SiS en skrivelse till samtliga landsting och kommuner där man bland annat artikulerade en förändrad praxis från myndighetens sida:

Då SiS inte förfogar över en hälso- och sjukvårdsorganisation som motsvarar sjukhusstandard finns det stor risk för att klienten inte erhåller den inledande vård som lagen föreskriver. Klienten/patienten kan alltså utsättas för onödiga hälsorisker. SiS kan som myndighet inte ta sig på ansvaret för det. I stället ser vi oss nödsakade att, på grund av det försämrade hälsoläget hos klienterna, ändra den praxis som utvecklats och i fortsättningen kräva att samtliga LVM-klienter vid behov skall bedömas, såsom lagen föreskriver, på sjukhus innan intagning på LVM-institution kan ske. (SiS 2001-10-02, dnr 120-748-201)

Enligt vad utredningen har erfarit tillämpas emellertid inte denna nya praxis fullt ut av LVM-hemmen. I SiS Verksamhetsplan för 2003 noteras att det sedan cirkulärskrivelsen i oktober 2001 endast har skett "en marginell förbättring".

11.4 Klientens situation vid utskrivningstillfället

Enligt 30 § LVM skall socialnämnden "aktivt verka" för att den enskilde efter vårdtidens slut på LVM-hem erhåller "bostad och arbete eller utbildning samt se till att han får personligt stöd eller behandling för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk". Därutöver framgår av 5 kap. 9 § SoL, att socialnämnden rent allmänt skall "sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som

han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket”, vilket tar sikte på såväl behovet av frivillig vård som tvångsvård. Kommunens ansvar för eftervården förutsätter att socialtjänsten på ett tidigt stadium planerar för utskrivningen och därvid samverkar med LVM-hemmet. Såväl genomförande och uppföljning av eventuell eftervårdsplan åvilar i dagsläget den enskilde kommunen (jfr 5 kap. 9 § SoL), medan LVM-hemmets ansvar helt får anses upphöra i samband med vårdtidens upphörande.

För många klienter som vårdas enligt LVM är *bostaden* en basal fråga. Tillgänglig statistik visar att av de klienter som togs in 2000 på LVM-hem hade endast hälften egen bostad, medan 17 procent var helt bostadslösa. Flest utan egen bostad (66 %) fanns bland dem som var yngre än 30 år.¹⁴ Många av dessa människor är i stället hänvisade till tillfälliga och otrygga lösningar för att överhuvud taget ha en boplatz under natten. Många klienter skrivs också ut till bostadslöshet, dvs. deras grundläggande situation har inte förändrats jämfört med vid intagningsstillfället.¹⁵

Anette Skårner och Margareta Regnér (2003) redovisar i en forskningsrapport resultatet av intervjuer med manliga klienter vid Gudhemsgården. Av intervjuerna framgår att en av de intervjuade förlorade sin lägenhet under pågående LVM-vistelse och att han efter utskrivningen blev anvisad kommunens inackorderingshem. Samma typ av exempel finns även i de aktstudier som utredningen själv har genomfört vid socialtjänsten i fyra kommuner. Tendensen bekräftas också i en uppföljning av personer som under 2000 hade varit intagna på LVM-hem från tre kommuner i Skåne (Malmö, Helsingborg och Lund): var femte tvångsvårdad som hade egen bostad när LVM-vården inleddes blev av med sin bostad under vårdtiden (Yohanes, Angelin, Giertz & Swärd 2002). Sistnämnda undersökning visade också att ingen av de 31 som saknade bostad före LVM-vården inleddes hade fått egen bostad när vården avslutades sex månader senare. Situationen var dessutom oförändrad när forskarna gjorde sin studie cirka åtta månader efter utskrivningen från LVM-hemmet.

Av Socialstyrelsens sammanställning av länsstyrelsernas tillsynsverksamhet under 2000 och 2001 kan man dra slutsatsen att bilden inte är entydig när det gäller kommunernas möjligheter att planera

¹⁴ SiS (2001): *Årsrapport DOK 00*. Uppgifterna baseras på intervjuer med 660 klienter i samband med intagningen på LVM-hem.

¹⁵ Hemlöshet kan sägas vara en extrem form av social utestängning (Edgar & Doherty 2001); antingen har dessa människor aldrig *släppts in* på de samhällsarenor som borgar för trygghet och ett självständigt liv, eller har de *utestängts* från dessa arenor.

”boenden”¹⁶ för denna klientgrupp. Den generella bilden är att ”det blir allt svårare för kommunerna att få tillgång till försökslägenheter då kraven från fastighetsägarna, även de kommunala, är höga” (Socialstyrelsen 2001b, s. 48). Samtidigt rapporterar en del länsstyrelser en positiv trend när det gäller utvecklingen, medan fyra rapporterar om stora skillnader mellan kommunerna inom respektive län (Socialstyrelsen 2002b). En av Socialstyrelsens slutsatser är att det har visat sig gå bättre i kommuner där man har en särskild boendesekreterare.

De boendeinsatser som riktas till missbrukare har ofta en tydlig dominoeffekt: om klienten återfaller i missbruk eller bedöms missköta sig utestängs han eller hon från exempelvis sysselsättningsaktiviteten, vilket riskerar att också leda till att man går miste om sin plats i boendet.¹⁷ Det är mer regel än undantag att en klient som återfaller i missbruk, eller som aldrig upphör med sitt missbruk, mister sin plats på inackorderingshemmet eller träningslägenheten eller annat boende som socialtjänsten kan ha anvisat.

¹⁶ Se vidare Ingrid Sahlins uppsats *Systemskifte på bottenvåningen: från bostad till ”boende”*, I: Bengtsson & Sandstedt (red.): Bostadsinstitutets Årsbok 1999. Begreppet ”boende” är inte liktydigt med egen bostad, utan indikerar ofta att det är fråga om kollektiva boendeformer, eller andrahandslägenheter utan besittningsskydd där hyresperioden kan löpa en vecka i taget och med tjugofyra timmars uppsägningstid.

¹⁷ I förlängningen kan rätten till försörjningsstöd äventyras under kortare eller längre period eftersom klienten inte följer den upprättade arbetsplanen.

12 Uppföljning och utvärdering av LVM-vård och efterföljande insatser

12.1 Inledning

Årligen genomgår tusentals människor olika typer av ”insatser” till följd av allvarliga missbruksproblem. Den absoluta merparten av dessa sker på frivillig grund och faller inom den socialtjänstbaserade missbrukarvården för vilka socialnämnden har det yttersta ansvaret. Nämnden skall ”aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket” (5 kap. 9 § SoL). Av kapitel 14 i detta betänkande framgår att dessa insatser kan vara av mycket skiftande innehåll, kvalitet och intensitet. När det för socialtjänsten är aktuellt att överväga och planera en behandlingsinsats tillsammans med klienten är det därför viktigt att avgöra *vilken* typ av behandlingsmetod som bäst svarar mot den enskildes vårdbehov och huruvida denna insats har eller kan förväntas ha en god effekt.

I detta kapitel ges en allmän beskrivning av arbetet med att följa upp och utvärdera den socialtjänstbaserade missbrukarvården. Därefter sammanfattas, i komprimerad form, resultatet av de utfallsstudier som har gjorts av LVM-vården och efterföljande insatser.

12.2 Uppföljning och utvärdering av den socialtjänstbaserade missbrukarvården

12.2.1 En kunskapsbaserad socialtjänst

Sedan 1990-talet har det skett en stark betoning av kunskapsutveckling inom socialtjänsten, vilket skall ses mot bakgrund av bristande forskningstraditioner och rutiner inom socialtjänsten för att systematiskt granska ”vad som görs, hur det görs och resultaten

av det som görs” (Socialstyrelsen 2001d, s. 27).¹ För nio år sedan konstaterade Socialtjänstkommittén i sitt slutbetänkande att ”det allt överskuggande problemet” inom missbrukarvården handlade om kunskapsbrist inom olika områden (SOU 1994:139 s. 244 f.):

- Bristande kunskap om vilka behandlingsmetoder som är verkningfulla för olika typer av missbruk och missbrukare och hur överkonsumtion och missbruk kan förebyggas och motverkas.
- Bristande kunskap om hur tillgängliga resurser skall användas mest effektivt.

Samma kommitté framhöll i delbetänkandet *Kompetens och kunskapsutveckling inom socialtjänsten* (SOU 1995:58) vikten av ett samspel mellan forskning, utbildning och praktik liksom behovet av att stödja utvecklingen av verksamhetsrelaterade, systematiskt jämförande studier och andra typer av empirisk forskning inom socialtjänstens område. Samma tankegångar framförde Socialstyrelsen i ovan refererade rapport från år 2001 om kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten som betonade att vetenskaplig och erfarenhetsbaserad kunskap behövs ”för att ge brukare och allmänhet en realistisk uppfattning om vilka krav och förväntningar som kan ställas på socialt arbete och vilka möjligheter som står till buds” (Socialstyrelsen 2001d, s. 27).

Den 1 juli 1997 infördes en bestämmelse i SoL (nuvarande 3 kap. 3 §) enligt vilken socialtjänstens insatser skall vara av god kvalitet, samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras. Statsmakternas accentuerade krav på en kunskapsbaserad socialtjänst ledde senare fram till ett regeringsuppdrag som Socialstyrelsen redovisade hösten 2000 i rapporten *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten*. Socialstyrelsen är för närvarande i slutfasen av genomförandet av ett utvecklingsprogram,² där syftet har varit att skapa förutsättningar för och befrämja en sådan inriktning; en slutrapport kommer att presenteras i april 2004.

Arbetet med att utveckla en kunskapsbaserad socialtjänst sker med hjälp av aktörer på nationell, regional och lokal nivå. Inom specifikt missbrukarvården har detta arbete på *nationell* nivå i

¹ I en rapport som har givits ut av Socialstyrelsen (2003f) – och som utarbetats av Denvall, Karlsson & Granlöf – refereras till en internationell jämförande studie av Weissman & Sanderson (2001) om förekomsten av evidensbaserad kunskap bland tre yrkeskategorier (läkare, psykologer och socialarbetare). Den visar att socialarbetare var den yrkesgrupp som använde denna typ av kunskap i minst utsträckning.

² Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten (KUBAS).

huvudsak varit koncentrerat till Socialstyrelsen, där det fram till årsskiftet 2003/04 har bedrivits vid dels Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS), dels Missbruksprogrammet inom individ- och familjeenheten.³ Sistnämnda program leder för närvarande arbetet med att ta fram nationella riktlinjer för missbrukarvården. Avsikten med dessa kommande riktlinjer är att förmedla kunskap om ”bästa tänkbara praktik”.⁴ Sedan årsskiftet 2003/04 har det vid Socialstyrelsen etablerats Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) med det övergripande uppdraget:

(...) att främja en kontinuerlig utveckling av metoder och arbetsformer inom socialtjänsten genom systematisk prövning och värdering av insatsernas utfall och effekter för klienter, brukare och anhöriga och för samhället. Så långt möjligt ska även kostnaderna för att uppnå dessa resultat beskrivas och vägas in i värderingen av insatserna. (Socialstyrelsen 2003e, s. 24)

Denna målsättning kan brytas ner i följande tre uppdrag:

- Att utvärdera metoder och arbetssätt i socialt arbete i syfte att ge tillförlitliga svar på frågan om vissa metoder eller arbetssätt är verkningsfulla eller ej.
- Att utveckla behovs- och bedömningsinstrument för att urskilja vilket eller vilka behov som klienten har.
- Att publicera systematiska kunskapsöversikter inom olika ämnesområden.

På *regional* och *lokal* nivå finns FoU-enheter med inriktning mot individ- och familjeomsorg, i vissa fall kombinerat med även äldreomsorg.

12.2.2 Begreppsmässig innebörd

Inom såväl forskarsamhället som det sociala arbetets praktik och bland kommunala och statliga myndigheter används centrala begrepp som har samband med uppföljning och utvärdering av behandlingsresultat. De definieras ofta olika vilket gör att det kan

³ Vi bortser här från de statliga forskningsråden vars främsta uppgift är att med hjälp av ekonomiska anslag understödja genomförandet av universitetsbaserade forskningsprojekt o.dyl.

⁴ Se vidare <http://www.sos.se/Socialtj/indfam/natrikt.htm>. Vid tidpunkten för betänkandets publicering (januari 2004) har en av expertgrupperna – avseende läkemedelsassisterad behandling av opiatmissbrukare – avslutat sitt arbete och överlämnat en kunskapsöversikt inom området. Övriga fem expertgrupper fortsätter sitt arbete.

uppstå en förvirrad och oklar diskussion om vad man egentligen avser med respektive begrepp. I det följande lämnas en summarisk redogörelse för innebörden av dessa begrepp. Det saknas dock vedertagna definitioner av begrepp som utvärdering, uppföljning, effekt- och utfallsstudier.

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

Frågan om vilken effekt som en viss insats kan besvaras genom en utvärdering, vilken förutsätter en vetenskaplig design med jämförande kontrollgrupp (Tengvald & Andréasson 1996, Fridell 1996). Effektstudier brukar ibland jämföras med utvärdering; ett begrepp som dock i hög grad är omstritt (Vedung 1998). Statsvetaren Evert Vedung (1998) använder utvärdering i betydelsen en ”noggrann efterhandsbedömning av utfall, slutprestationer eller förvaltning i offentlig verksamhet, vilken avses spela en roll i praktiska beslutssituationer” (s. 20). Vedung utgår därvidlag från den engelska termen *evaluation*, och delar sedan in denna huvudkategori i dels kvalificerad uppföljning (*monitoring*), dels effektmätning (*impact assessment*).

Mindre omfattande än en effektstudie är en resultat- eller utfallsstudie (*outcome study*), som normalt sett framstår som ett mer ”realistiskt och rimligt alternativ till effektstudier” (Fridell 1996, s. 124). En utfallsstudie kan dock inte ge besked om behandlingsmetod A har en bättre eller sämre effekt än behandlingsmetod B, inte heller om ett behandlingsprogram i sig svarar för en erhållen förändring eller om andra faktorer – selektionsmekanismer, naturliga förändringsförlopp, externa faktorer m.m. – kan ha bidragit till resultatet.

12.3 Effekt av behandling inom missbrukarvården

CUS expertgrupp för missbrukarvård redovisade år 2000 sina slutsatser beträffande vilken typ av behandling och vårdform som har en vetenskapligt påvisbar effekt för personer med alkoholproblem (Berglund et al. 2000). Dessa slutsatser är för övrigt identiska med dem som expertgruppen presenterade i sin kunskapsöversikt 1994. Expertgruppen klargör att jämförande studier *inte* har kunnat visa att:

- ett bestämt program är överlägset alla andra
- behandling alltid är överlägsen enklare rådgivning
- långvarig behandling i allmänhet är överlägsen kortvarig
- slutna vård alltid är överlägsen öppna vård
- slutna vård i allmänhet är överlägsen dagvård
- behandling med hög personaltäthet är överlägsen sådan med lägre personaltäthet.

För människor med *omfattande* alkoholproblem gäller att breda alkoholprogram i öppenvård med inslag av social färdighetsträning och återfallsprevention kan vara framgångsrika. Detta kräver emellertid att den inledande behandlingen följs upp under lång tid och där behandlingen ”premierar positiva förändringar och förstärker individens motivation att ändra sina alkoholvanor och livsstil” (Berglund et al. 2000, s. 269).

Denna bild bekräftas av den omfattande sammanställning av evidensbaserad kunskap som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) publicerade 2001, och som baseras på en genomgång av publicerade randomiserade kontrollstudier i samband med behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Ospecifika socialpsykologiska metoder kännetecknas av stödjande samtal i kombination med socialkurativa insatser, men med ett mindre tydligt fokus på missbruksbeteendet. Dit räknas också ospecifik ”miljöterapi”. Dessa metoder har enligt SBU inga eller låga effekter vid behandling av alkoholister, medan mer gynnsamma effekter uppnås av flera olika specifika behandlingsmodeller såsom kognitiv beteendeterapi, tolvstegsbehandling, strukturerad interaktionell terapi och modern strukturerad terapi med psykodynamisk referensram. SBU tar också upp psykosocial behandling av narkomaner. Där används i stället begreppen stödjande metoder, omlärande metoder och psykoterapeutiska metoder. De omlärande interventionerna i kombination med metadon hade positiv effekt för personer med

heroin- och kokainmissbruk, medan de psykoterapeutiska hade en positiv effekt på heroinisters missbruk och kvarstannande i vård. Inga metoder hade säkerställd effekt på cannabisberoende och kontrollerade studier saknades när det gäller amfetaminister. De ospecifika stödjande metoderna har inte visat sig ha någon påvisad positiv effekt på någon missbrukargrupp överhuvud taget. För både alkoholister och narkomaner kan man därför hävda att sistnämnda metoder saknar dokumenterad effekt, medan mer specifika (eller omlärande och psykoterapeutiska) metoder har vissa positiva effekter.

12.4 Studier om LVM-vårdens kvalitet

12.4.1 LVM-vårdens kvalitet ur socialtjänstens perspektiv

En studie om LVM-vårdens kvalitet utifrån refererande socialsekreterares bedömningar har genomförts av Gerdner (1998b). Studien var riksrepresentativ då den omfattade handläggarna till ett slumpmässigt urval av dem som skrivits ut från LVM-vård under ett par månader våren 1997. Svar erhöles från 82 procent. Handläggarna skattade sina respektive klienters *behov* av ett antal definierade tjänster inför inskrivningen vid LVM-institutionen, den *förväntan* som man haft på institutionen när det gäller att erbjuda tjänster som möter dessa eventuella behov, samt sin upplevelse av huruvida tjänsterna faktiskt givit klienten det stöd och den hjälp som behövts på respektive område.

Alla har rimligen inte samma behov. Det intressanta är därför tre relationer mellan skattningarna:

- *Förväntansnivån*, i vilken utsträckning de förväntade tjänsterna svarar mot skattade behov. Har vården en hög eller låg "image" på dessa områden?
- *Kundtillfredsställelsen*, dvs. i vilken utsträckning de upplevda tjänsterna svarar mot de förväntade tjänsterna, eller – med andra ord – i vilken utsträckning förväntningarna infriats.
- *Behovstillfredsställelsen*, dvs. i vilken utsträckning de upplevda tjänsterna motsvarat behoven. Får personen det han/hon behöver?

De behovsområden skattningarna omfattade var följande:

1. Bryta akut missbruk.
2. Tillfriskna fysiskt.
3. Hålla sig nykter under vårdtiden.
4. Motiveras till fortsatt vård.
5. Få insikt om beroende.
6. Genomföra en allsidig utredning.
7. Utarbeta en långsiktig vårdplan.
8. Delta i en genomgripande behandling för sitt missbruk.
9. Bearbeta psykiska problem.
10. Bearbeta relationer.
11. Genomgå social träning.
12. Motiveras till deltagande i självhjäpsgrupp.

Dessa punkter motsvarar målnivåer i tre skilda tidsperspektiv (jfr Socialstyrelsen SOSFS 1997:6). Punkterna 1–3 kan sägas handla om *akuta insatser* för att bryta en destruktiv situation; punkterna 4–7 handlar i stället om motivationsarbetet på *medelkort sikt*, medan punkterna 8–12 handlar om att *på längre sikt* uppnå frihet från missbruk och en förbättrad livsstil i övrigt.

Studien visar att socialtjänsten i stor utsträckning förväntar sig att LVM-institutionerna ”i stort sett” skall kunna möta de behov som föreligger. *Förväntansnivån* är alltså hög. Praktiskt taget alla förväntar sig att LVM-vården skall klara de akuta behoven, och 80–90 procent förväntar sig att övriga behov skall kunna hanteras. Sämst förväntan (82 %) gäller att institutionen skall kunna möta klientens behov av genomgripande behandling för sitt missbruk.

Kundtillfredsställelsen, dvs. i socialsekreterarnas upplevelse att förväntningarna infriats, är hög när det gäller att klienten skall nå fysiskt tillfrisknande, bryta akut missbruk samt få social träning. Här anser mer än 90 procent att förväntningarna infriats. Lägst är kundtillfredsställelsen när det gäller att bearbeta psykiska problem, få en genomgripande behandling för sitt missbruk samt att motivera till fortsatt vård. På dessa områden är det högst 40 procent som anser att förväntningarna infriats.

Behovstillfredsställelsen, dvs. i vilken utsträckning tjänsterna svarat mot behoven, visar att 80–95 procent anser att de akuta behoven tillfredsställs; medan endast omkring två tredjedelar anser att målen på medelkort sikt tillfredsställs. Behoven som hör till de mer långsiktiga målen tillfredsställs i ännu mindre utsträckning –

endast omkring hälften har fått vård som svarar mot behoven när det gäller genomgripande behandling för missbruket och bearbetning av de psykiska problemen.

Skattningarna som redovisats ovan rörde alltså vid det aktuella tillfället nyligen utskrivna klienters vårdtillfällen. Undersökningen berörde också socialsekreterarnas mer allmänna erfarenheter av LVM-institutionens verksamhet. I stor utsträckning bekräftas bilden. Man är i allmänhet (85–90 %) nöjda eller mycket nöjda när det gäller omhändertagandeaktiviteter (kost, logi, och allmän omvårdnad), och akuta behandlande insatser. Man är i något mindre utsträckning nöjda när det gäller information, motivationsarbete och socialt disciplinerande insatser. Man är minst nöjd när det gäller bearbetande behandlingsinsatser och utredande aktiviteter. På de senare områdena anser endast runt 55 procent att de allmänt sett är nöjda eller mycket nöjda med LVM-institutionernas insatser.

Studien efterlyste en förnyad diskussion om hur LVM-vården skall arbeta för att uppfylla lagens målsättningar. Dessutom föreslogs fortsatta årliga kvalitetsmätningar av samma typ för att övervaka kvalitetsarbetet såväl generellt som specifikt för olika institutioner. Det senare har dock inte fullföljts.

12.4.2 LVM-vårdens kvalitet ur de intagnas perspektiv

Det finns några brukarstudier, dvs. sådana som redovisar de intagnas upplevelser av LVM-vården. Dessa rapporterar från specifika institutioner, och är inte nödvändigtvis representativa för alla intagnas upplevelser. Åke Bergmark (1994) intervjuade 62 personer som under andra halvåret 1992 vårdades vid Älvgården. Björn Sallmén (1999) intervjuade 104 personer inför utskrivning från Karlsvik. Arne Gerdner (2000) rapporterade från intervjuer med 27 personer som sedan minst ett år varit utskrivna från Lunden eller Älvgården (12 respektive 15 personer), och i en presentation (2001) har han redovisat uppgifter från enkäter till personer som sedan ett par år varit utskrivna från Runnagården (160 personer) respektive Rällsögården (26 personer).⁵

Det är framför allt tre frågor som har berörts i dessa rapporteringar:

- dels upplevelsen av tvång/påtryckning för att komma till vård

⁵ Uppgifterna för Rällsögården har även redovisats i Möller et al. (1998).

- dels i vilken utsträckning som man har upplevt att vården varit till hjälp, och, i så fall, vad som varit till hjälp
- dels i vilken utsträckning som vården innehållit inslag som upplevts negativt eller kränkande, samt i så fall hur man numera ser på dessa inslag.

Upplevelsen av tvång/påtryckning för att komma till vård

Av 160 personer som vårdats på Runnagården 1988–1990 och som besvarade en fråga om sin upplevelse av den påtryckning eller det tvång som förekommit för att de skulle komma till vård, rapporterade 63 procent att de först varit negativa. Frågan ställdes till både tvångsomhändertagna och till frivilliga. De senare kan ha upplevt påtryckningar från familj, arbetsgivare, socialsekreterare men utan regelrätt tvång. Andelen negativa var större i LVM-gruppen än bland de frivilliga (83 % jämfört med 53 %; $p = 0,03$). Efter två år hade dock en betydande omprövning inträffat. Betydligt färre i båda grupperna upplevde fortfarande att tvånget respektive påtryckningarna varit negativa och det fanns inte längre någon signifikant skillnad mellan grupperna i detta avseende (25 respektive 17 %). Störst omprövning hade alltså skett i LVM-gruppen.

Tjugosju som vårdats på Lunden och Älvgården 1995–1996 besvarade frågan hur de *i dag* värderade de eventuella påtryckningar eller det tvång som förekommit för att de skulle komma till vård. Av de frivilliga var praktiskt taget alla i efterhand positiva till de påtryckningar som förekommit, men 40 procent förnekade påtryckningar. Bland de tvångsomhändertagna var däremot fortfarande en majoritet (58 %) i huvudsak negativa till det tvång de utsatts för, medan 42 procent idag såg positivt på detta.

Det är alldeles klart att tvångsomhändertagandet – samt vissa andra former av påtryckningar – upplevs mycket negativt. Samtidigt tycks en omvärdering av synen på detta ske hos en betydande andel – men långt ifrån alla – av de tvångsomhändertagna sedan omhändertagandet och vården genomförts.

Inslag som upplevs vara till stöd och hjälp

Sammanfattningsvis kan man säga att deltagarnas skattningar av vilka inslag som varit viktiga för dem i hög grad sammanfaller med vad respektive institution prioriterar i sin vårdmodell. Rällsögården lägger stor vikt vid arbete som social färdighetsträning och fick hög skattning för arbete. Lunden, som lägger mycket stor vikt vid den sociala eftervårdsplaneringen, fick också hög skattning för detta inslag, medan de institutioner som tillämpar tolvstegsbehandling fick hög skattning på behandlingsinslag som är utmärkande för denna. I övrigt uppskattas faktorer som mer handlar om allmänt vårdklimat samt relationer till personal och medpatienter.

Inslag som upplevs negativt eller kränkande

I Åke Bergmarks studie från Älvgården hade 80 procent upplevelser av något som var dåligt eller kränkande. De inslag som oftast har upplevts som kränkande gällde i huvudsak begränsningar i personlig handlings- och rörelsefrihet (42 %). I övrigt nämndes främst sådana faktorer som rörde kontrollåtgärder av olika slag samt bristen på meningsfull fritid och kritik av innehåll i behandling. De tvångsomhändertagna hade något mer negativa upplevelser än de frivilliga av inskränkningar i rörelsefrihet och av kontroll.

I studier av Sallmén på Karlsvik och av Gerdner på Lunden och Älvgården har ett frågeformulär använts om vårdinslag som genomförts mot den enskildes vilja. Formuläret har tidigare använts även inom psykiatrisk tvångsvård, men här anpassats till LVM. På Karlsvik ställdes frågorna inför utskrivningen medan vid Lunden och Älvgården ställdes de vid uppföljning efter drygt ett år. I studien från Karlsvik redovisade också närmare 80 procent av patienterna att de upplevt inslag som genomförts mot deras vilja, och högre andel bland de tvångsomhändertagna. I uppföljningarna från Lunden och Älvgården däremot rapporterades detta bara av en tredjedel av de tillfrågade. Det är möjligt att denna skillnad beror på tidpunkten då frågorna ställdes, dvs. att minnet av händelserna har förbleknat med tiden.

Vid alla tre institutionerna är det främst upplevelse av inskränkningar i individens rörelsefrihet som dominerar, och då särskilt vistelse på låst avdelning samt vid olika typer av kontrollinslag. Kritik mot inslag i behandling hör till undantagen och krav på deltagande i

utredningar nämns inte alls. Kvinnorna på Lunden rapporterade betydligt fler negativa upplevelser än männen på Älvgården, vilket delvis kan bero på att Lunden har mycket längre tider på låst avdelning. Det kan också finnas en bidragande könsfaktor som delvis kan förklara resultatet. Kvinnorna på Karlsvik upplevde dessa problem starkare än männen på Karlsvik.

De negativa åtgärderna har inte handlat om fysiskt våld, inte heller om falska löften. Snarare har de genomförts som *fait accompli*, dvs. de ”bara hände”, som en del av strukturen man infogades i, eller genom övertalning. De flesta av alla tre typerna av inslag – begränsningar i rörelsefriheten, kontrollåtgärder samt behandlingsinslag – har i efterhand värderats som riktiga av dem som vårdats på Lunden och Älvgården, men denna omvärdering har i mindre utsträckning inträffat bland dem som vårdats på Karlsvik, troligen på grund av att mindre tid hunnit förflyta.

Gerdner betonar för sin del att dessa upplevelser måste tas på största allvar. Upplevelser av kränkningar och bitterhet över att vara illa hanterade är ett hot mot det motivationsarbete som LVM syftar till.

12.5 Utfallsstudier inom LVM-vården

12.5.1 Har LVM-vården någon påvisbar effekt?

Det hävdas ibland att ”LVM-vården inte har någon *effekt*”. Som framgår av tidigare avsnitt i detta kapitel kännetecknas en effektstudie av att det rör sig om en studie med en likvärdig kontrollgrupp, helst utsedd genom randomisering, dvs. där man slumpmässigt indelat i grupper som får olika typer av insatser. En randomiserad effektstudie med denna design har emellertid aldrig genomförts beträffande LVM-vården. Som framgår av kapitel 3 skall socialnämnden ansöka om vård enligt 4 § LVM om rekvisiten är uppfyllda. Det finns därmed inga legala förutsättningar för att genomföra en optimal effektstudie av LVM-vården.

Flertalet studier inom LVM-vården har karaktären av resultat- eller utfallsstudier. År 2002 har dock ett första försök till en mindre kvasiexperimentell studie i genomförts av dr med.vet. Arne Gerdner vid Mitthögskolan med stöd av LVM-utredningen. Den redovisas i sin helhet i betänkandets bilagedel.

Gerdners studie avsåg samtliga 47 personer bosatta i Jämtland, vilka vårdats enligt LVM 1998–2000, huvudsakligen vid Frösö LVM-hem. Studien använder sig av uppgifter från register från många olika myndigheter samt från genomgång av socialtjänstakter. Sammantaget erhöles därmed uppgifter om missbruk, kriminalitet, psykisk hälsa och social situation och olika insatser såväl året före som året efter LVM. Tre centrala utfallsmått användes: överlevnad, tid till första återfall som krävt vård vid tillnyktringsenhet samt vårddyngd för missbruk året efter utskrivning jämfört med tidigare. En kontrollgrupp om 33 personer som inte dömts till LVM-vård utsågs först genom s.k. matchning. Vid efterkontroll av matchningen uppdagades dock vissa skillnader, bland annat att LVM-gruppen hade oftare vårdats på sjukhus för psykiska problem⁶ och varit föremål för fler tidigare insatser. Detta ledde till att studien lades om till s.k. multivariat analys där dessa och andra faktorer kontrolleras på statistisk väg.

Genomgången av socialtjänstakterna visade bland annat att endast en minoritet av de tvångsomhändertagna, omkring 20 procent, får någon eftervård efter avslutat LVM. Det fanns därvidlag ingen skillnad mellan dem som fått fastställd LVM-dom och dem som endast hade omedelbart omhändertagande. Ungefär samma andel av kontrollgruppen kom att få frivillig vård. En skillnad var dock att eftervården i LVM-gruppen varade betydligt kortare tid än vad som gällde för kontrollgruppens vårdinsatser.

Resultaten av de multivariata analyserna av utfall där alla kända gruppskillnader kontrollerades, visade inte att tvångsvården i sig påverkat utfallet – varken i negativ eller i positiv riktning. Ett rimligt krav på insatser som sker med tvång är att de skall förbättra situationen för de som underkastats vården jämfört med om insatsen inte hade kommit till stånd.

Det finns liksom i flera tidigare studier en mycket hög överdödlighet i denna klientgrupp. Cirka 17 procent av de LVM-vårdade har avlidit, varav 11 procent inom ett år. Detta kunde inte specifikt härledas till vårdformen utan snarare till det faktum att de tillhör en extremt utsatt klientgrupp med ett långvarigt och omfattande missbruk bakom sig.

⁶ Med hänsyn till den aktuella debatten om psykiatrins tillstånd bör det klargöras att psykiska problem inte automatiskt kan jämföras med psykisk sjukdom eller psykisk störning. Se vidare Socialstyrelsen (1997b): *Vad är psykisk sjukdom, störning, ohälsa och psykiskt friskt?* (underlagsrapport 1997:20 till Psykiatriuppföljningen, utarbetad av Per Borgå).

Samtidigt är det värt att notera att fyra av tio trots allt har förbättrats efter LVM-vistelsen. En tredjedel klarade sig minst ett år utan att behöva ny vård på tillnyktringsenheten i Östersund. Totalt 58 procent minskade sin vårdtyngd jämfört med året före LVM-vistelsen, varav 42 procent substantiellt. Samtidigt har andra ökat sin vårdtyngd jämfört med tidigare. En av Gerdners (2004a) slutsatser är att missbrukssituationen antingen förbättras påtagligt eller utvecklas i motsatt riktning; få har ett oförändrat läge jämfört med tiden före tvångsvården.

Den tidigare vårdtyngden är den enskilt starkaste negativa prognosfaktorn. Det tyngsta missbruket innebär därmed en stark negativ spiral, som insatserna inte kunnat bryta. Det finns också viktiga framgångsfaktorer. Till dessa hör att ha en egen bostad eller en social övergångsbostad. En annan positiv faktor är att ha barn – även om man inte bor ihop med dessa. Det senare antyder att nätverk inte bara är en stödfunktion, utan att relationerna också har en motivationshöjande roll.

Det är viktigt, menar Gerdner, att understödja de positiva faktorerna i större utsträckning än vad som sker i dagsläget. Yohanes, Angelin, Giertz och Swärd (2002) har från en undersökning rapporterat att LVM-vistelsen för en del inneburit att man förlorat bostaden och att det inte är ovanligt att man går från LVM direkt ut i hemlöshet (se vidare kapitel 11 där denna undersökning refereras mer ingående). Familjedagar och nätverksprogram till stöd för anhöriga finns endast vid ett fåtal av LVM-institutionerna vilket är uppseendeväckande med tanke på att det är belagt att dessa faktorer starkt kan bidra till att öka klienternas motivation att fortsätta i och fullfölja stöd och behandling. Samtidigt är det ett faktum att många intagna vid LVM-hemmen just saknar anhöriga eller nära vänner. I Jämtlandsstudien var exempelvis majoriteten (två tredjedelar) ensamstående. Men just därför är det viktigt att man under vårdtiden också arbetar med att ge klienterna tillträde till *nya* nätverk som kan befrämja och understödja deras fortsatta tillfrisknande och rehabilitering.

Det finns ett resultat från Jämtlandsstudien som på ett avgörande sätt skiljer sig från vad som har framkommit i några tidigare studier, nämligen eftervårdens betydelse för personer som har vårdats med stöd av LVM. Tidigare studier⁷ har nämligen visat att deltagande i eftervård eller frivilliga stödgrupper är de ojämförligt

⁷ Gerdner (1998b), Möller et al. (1998), Gerdner (2000).

starkaste faktorerna för en fortsatt positiv utveckling. Gerdner menar att mycket tyder på att den eftervård som givits klienterna i denna studie har varit otillräcklig eller bristfällig, men han understryker samtidigt att denna brist inte handlar så mycket om själva metodiken i eftervården eftersom de behandlingsmetoder som kommit till användning i eftervården väl korresponderar med de metoder som har visat sig ha en god effekt (SBU 2001). ”Ändå har dessa program här inte räckt till”, konstaterar Gerdner i sin studie. ”Det är möjligt att denna grupp har för svåra problem för att kortvariga program i öppenvård eller korta vistelser på behandlingshem skall vara tillräckliga.” Insatsen i eftervården har med andra ord inte i tillräckligt hög grad svarat med dessa människors verkliga behov.

12.5.2 Resultat av genomgång av utfallsstudier

Flertalet studier som genomförts är utfalls- och resultatstudier. Arne Gerdner har på uppdrag av LVM-utredningen gjort en översikt av i princip *samtliga* 32 genomförda utfallsstudier som forskaren har identifierat på området.⁸ Översiktsstudien ingår i betänkandets separata forskningsbilaga. Den visar sammanfattningsvis följande:

- Andelen som har förbättrats vad gäller minskat missbruk från i genomsnitt cirka 26 procent före 1995 till 38 procent därefter. Andelen helt nyktra och drogfria har ökat från cirka 5 procent under de första åren efter LVM:s ikraftträdande 1982 till cirka 14 procent efter 1995.
- Betydande förbättring i de intagnas situation sker också på andra problemområden, men för en inte obetydlig grupp tycks hälsoproblem och bostadsproblem rent av förvärras efter utskrivning jämfört med före vården.
- Fortfarande finns en hög överdödlighet bland LVM-vårdade och denna har inte påverkats gynnsamt under åren. Den kan i huvudsak direkt kopplas till missbruk, våld och självmord. De mest utslagna löper störst risk att dö. En möjlighet är att det just handlar om dem som är mest uppgivna, som mest saknar hopp. De som blir helnyktra/drogfria har dock en bättre långtidsöverlevnad än normalbefolkningen.

⁸ En av dessa studier har dock inte kunnat beaktas eftersom dess urval enbart omfattade klienter som hade *fullföljt* behandlingsprogrammet.

- Betydelsen av LVM-vårdens innehåll har varit svår att dokumentera i flera tidigare studier. Genom metaregression⁹ av de 31 utfallsstudierna – där också metodologiska faktorer och urvalsfaktorer kontrollerats – har vissa mönster ändå blivit tydliga. Strukturerade metoder för bedömning/utredning ökar förutsättningarna för positivt utfall i form av minskat missbruk respektive helnykterhet/drogfrihet, och strukturerad behandling kan bidra till lägre antal döda. Det kan bero på att hjälpen därmed bättre inriktas på det individen har behov av.
- Även om LVM-tiden kan utnyttjas bättre, är det som händer *efter* LVM-vistelsen avgörande på längre sikt. Deltagande i eftervård och självhjälpgrupper svarar för huvuddelen av variationen i utfall i ett par studier, oberoende av behandlingsmodell. Det tycks inte heller spela så stor roll vilken av dessa två stödformer som personen har, men det är viktigt att någon av dem finns och att deltagandet fungerar under lång tid.
- En del resultat tyder på att olika grupper av personer med missbruksproblem kan attraheras till olika stödformer. De med mer depressiva problem tycks föredra professionell eftervård, medan de som är mer utagerande hellre verkar delta i självhjälpgrupper. Om LVM-vården aktivt initierar deltagande i båda kan personen själv känna var han/hon hör hemma.
- Personer med ett utagerande beteende är inte omöjliga att motivera. Motivation är inte en personlig egenskap (se vidare kapitel 4). Unga socialt instabila avviker mer, men huvuddelen av dem kan ta emot behandling om LVM-hemmet är uthålligt. Tvånget kan bidra till att sätta gränser och ge dem möjlighet att gå in i behandling. Den tidigare refererade Jämtlandsstudien visar också att de som avviker och återfaller under LVM-tiden inte är mindre benägna att gå in i fortsatt frivillig vård jämfört med dem som inte avviker och återfaller.
- Metadonunderhållsbehandling till heroinister har visat positiva effekter för överlevnad, hälsa och social anpassning.

De samlade utfallsstudierna visar således att utfallet av LVM-vård tycks ha förbättrats under en följd av år och att mer strukturerade insatser förbättrar utfallet. Men samtidigt visar ovannämnda Jämt-

⁹ Metaregression använder studier (inte individer) som minsta undersökningsenhet, och relaterar en utfallsvariabel till flera faktorer – i detta fall sådan som beskriver patientgruppens sammansättning, undersökningens metodik samt olika vård- och behandlingsfaktorer.

landsstudie att det inte finns någon skillnad i utfall mellan dem som har fått LVM-vård och dem som haft ungefär samma problembild, men som inte fått LVM-vård.

Hur skall man förstå dessa till synes motsägelsefulla tendenser? Först bör det påpekas att översiktsstudien baseras på 31 studier, medan den jämförande kontrollstudien är *en* enda studie. Den kvasiexperimentella studien avsåg vård som genomförts vid *ett* LVM-hem med en hög omhändertagandenivå, men utan strukturerade behandlingsinslag, innan psykologutredningar började genomföras och ligga till grund för vården, och då eftervårdsinsatser i allmänhet saknades eller var mycket kortvariga. Förbättringen i Jämtlandsstudien låg numerärt på en relativt hög nivå, men denna andel är troligen inte jämförbar med övriga utfallsstudier på grund av mycket precisa mått. Fynden i dessa två studier kan därmed mycket väl vara konsistenta: LVM-vård utan strukturerade utrednings- och behandlingsinslag och utan eftervård tycks sakna effekt. När dessa inslag införts har utfallen förbättrats.

Det bör vidare framhållas, att slutsatserna i dessa studier gäller de populationer och förutsättningar som har studerats. Vi bör fortfarande vara försiktiga och undvika alltför generaliserande slutsatser om tvångsvård i allmänhet både utifrån den enda kontrollstudien och från de över 30 utfallsstudierna. När vårdens och eftervårdens innehåll förändras kan också utfallen ändras.

12.6 Förutsättningar för uppföljning och utvärdering av LVM-vården och efterföljande insatser

Enligt 2 § i förordningen (1996:610) med instruktion för Statens institutionsstyrelse skall SiS svara för "metodutveckling, forskning och utvecklingsarbete".¹⁰ SiS bedriver dock inte egen forskning, utan dess roll är att initiera och finansiera forskning som utförs av externa forskare som är knutna till en universitets- eller högskoleinstitution. I prop. 1992/93:61 betonade departementschefen bland annat, att Statens institutionsstyrelse "bör (...) ta initiativ till forskning inom området, hålla löpande kontakt med forskningen och forskarna och verka för forskningsresultatens spridning och överföring till praktisk tillämpning. Myndigheten bör inte själv

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

bedriva forskningsverksamhet men följa nationell och internationell forskning. Själva forskningsarbetet bör utföras av universitet och högskolor” (prop. 1992/93:61 s. 26).

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

¹¹ SiS erbjuder alla intagna att delta i strukturerade DOK-intervjuer vid tre tillfällen; vid inskrivnings- resp. utskrivningstillfället samt sex månader efter avslutad LVM-vård. Resultatet av klientintervjun vid inskrivningstillfället ligger till grund för – tillsammans med socialnämndens ansökan om vård och kliniskt utredningsmaterial – behandlingsplaneringen. Om bakgrunden till DOK-intervjuer, se Jenner & Segraeus (1996): *Att utveckla missbruksvård genom dokumentation. Beskrivning av DOK-projektet* (Nordisk Alkoholtidskrift, nr 3, s. 150–159).

13 Kommunerna och LVM – resultat av en enkätundersökning

13.1 Inledning

I detta kapitel redovisas resultatet av en enkätundersökning som har omfattat socialtjänsten i landets samtliga kommuner. Syftet med enkätundersökningen har varit att på bred front ta del av individ- och familjeomsorgens erfarenheter av och synpunkter på såväl LVM:s tillämpning som LVM-hemmens verkställighet av tvångsvården utifrån ett kommunalt perspektiv.

Enkäten skickades i december 2002 ut till chefen för individ- och familjeomsorgen eller motsvarande i landets samtliga kommuner. Av dessa 289 kommuner hade tio per den 31 december 2002 kommundels-/stadsdelsnämnder eller var områdesindelade (antalet nämnder/motsvarande anges inom parentes):¹ Borås (10), Göteborg (21), Huddinge (3), Hudiksvall (2), Malmö (10), Norrköping (13), Stockholm (19), Uppsala (16), Västerås (8) samt Örebro (7). För Uppsalas del har två kommunövergripande förvaltningsenheter inkluderats: ungdomsenheten och narkotikasektionen. Några av dessa kommuner har fr.o.m. 2003 upphört med sin kommundelsnämndsorganisation (exempelvis Örebro och Uppsala) vilket har medfört att det på grund av personalomflyttningar har varit svårt att erhålla svar från samtliga tidigare kommundelsförvaltningar. Även Norrköping har sedan årsskiftet 2002/03 avvecklat sina kommundelsnämnder, men detta har däremot inte påverkat individ- och familjeomsorgens organisation eftersom beslut om omedelbart omhändertagande respektive ansökan om vård enligt LVM har legat på den kommungemensamma socialnämnden.

Efter det att svarstiden hade löpt ut skickades två skriftliga påminnelser, och som en sistahandsåtgärd kontaktades resterande kommuner per telefon. Svarsfrekvensen från de 279 kommuner utan kdn/sdn/områdesindelning uppgick till 97 procent (= 270

¹ Totalt 109 kdn/sdn/områden.

kommuner) och för de tio kommuner med sådan organisatorisk indelning 82 procent (= 89 kommunfels-/stadsdelsförvaltningar). Sammantaget innebär detta att 93 procent av alla utskickade enkäter har besvarats. Nio kommuner har överhuvud taget inte besvarat enkäten.²

Kommuner och kommunelar har grupperats enligt Svenska Kommunförbundets kommungruppsindelning som baseras på en sammanvägning av folkmängd, läge och näringsstruktur – alltifrån storstäder till mindre kommuner (se bilaga 2). Svarefrekvens för respektive kommungrupp framgår av tabell 13:1. Tabellen visar något lägre svarsandel för större städer, vilket främst beror på att det rör sig om kommuner som har haft men därefter avvecklat kommunfelsindelningen.

Tabell 13:1. Utskickade och inkomna enkäter till kommuner och kommunelar enligt Svenska Kommunförbundets kommungruppsindelning

<i>Kommungrupp</i>	<i>Antal utskickade enkäter</i>	<i>Andel svar (procent)</i>
1. Storstäder	50	90
2. Förortskommuner	38	100
3. Större städer	75	80
4. Medelstora städer	41	100
5. Industrikommuner	53	96
6. Landsbygdskommuner	30	93
7. Glesbygdskommuner	29	93
8. Övriga större kommuner	31	97
9. Övriga mindre kommuner	41	95
Totalt	388	93

² Följande kommuner har inte besvarat enkäten: Dals Ed, Färgelanda, Gullspång, Lysekil, Munkedal, Ockelbo, Tibro, Åsele och Överkalix. För kommundelarna saknas svar från Göteborg: Majorna, Styrso och Tynnered; Norrköping: Eneby 2, Nordantill, Skärblacka och Öster-Lindö; Stockholm: Skärholmen; Uppsala: Almunge, Björklinge-Bälunge, Centrala stan, Danmark, Eriksberg, Haglunda, Luthagen, Rasbo, ungdomsenheten och Vaksala; Västerås: Gryta-Tillberga.

Sex av svaren inkom mycket sent, och har inte beaktats i det fortsatta analysarbetet. Dessa svar har dock inte påverkat annat än mycket marginellt.³

Enkäterna har regelmässigt skickats till ansvarig chefstjänsteman inom individ- och familjeomsorgen. Respondenterna utgörs till närmare 80 procent av lägst chefstjänstemän på mellannivå.

13.2 Allmän inställning till LVM

I fråga 1 ombads de svarande att ange på en skattningsskala hur väl tolv olika påståenden om LVM-vården överensstämde med deras egen uppfattning.

³ Av dessa var en från kommundel i storstad, två från glesbygds- och tre från övriga mindre kommuner.

Tabell 13:2. Inställning till ett antal påståenden om LVM. Procentuell fördelning av svar samt median. (n = 354)

Påståenden	Instämmer helt (4)	Instämmer delvis (3)	Instämmer knappast (2)	Instämmer inte alls (1)	Median-skattning
LVM är ett nödvändigt inslag i missbrukarvården	62	32	4	1	4
Legalt tvång mot missbrukare är endast befogat i en akut situation för att rädda liv eller skydda närstående	42	49	6	3	3
Den missbruksrelaterade dödligheten skulle vara mycket <i>högre</i> utan LVM	33	47	18	2	3
Den missbruksrelaterade dödligheten skulle vara mycket <i>lägre</i> utan LVM	1	8	37	54	1
LVM innebär i sig en kränkning av individens integritet	39	48	8	5	3
Det går inte att motivera människor att förändra sitt liv under tvångsmässiga former	8	55	22	15	3
Utän LVM skulle det vara lättare att motivera en individ till frivillig vård	1	12	50	36	2
LVM-vårdens resultat skulle bli bättre om vårdtiden vore längre	5	29	33	34	2
LVM skulle inte behövas om det fanns tillräckligt med resurser för avgiftning i frivilliga former	4	30	38	28	2
Tvångsingripanden är berättigade i ett akut livräddande syfte	90	9	1	0,3	4
LVM behövs för att skydda missbrukarens närstående	22	50	23	4	3
Ett omedelbart omhändertagande enligt 13 § sätter individens rättssäkerhet ur spel	10	36	30	25	2

Allmänt sett tycks LVM ha en stark uppslutning bland kommunföreträdarna – 95 procent anser helt eller delvis att LVM är ett nödvändigt inslag i missbrukarvården, och 99 procent instämmer helt eller delvis i att tvångsingripande är berättigat i ett akut livräddande syfte. 80 procent instämmer helt eller delvis i att den missbruksrelaterade dödligheten skulle vara högre utan LVM och 92 procent avvisar i motsvarande mån det motsatta påståendet att den missbruksrelaterade dödligheten skulle vara lägre utan LVM. 72 procent anser dessutom helt eller delvis att LVM behövs för att skydda närstående.

Samtidigt anser en stor majoritet, 87 procent, helt eller delvis, att LVM innebär en kränkning av individens integritet och att legalt tvång endast är befogat i en akut situation för att rädda liv eller skydda närstående. Ett par påstående anknuter till LVM:s syfte att motivera till fortsatt frivillig vård. Det finns mer blandade uppfattningar huruvida det går att motivera människor att förändra sitt liv under tvångsmässiga former – 77 procent intar mellanpositionerna ”delvis” eller ”knappast”. Men 86 procent avvisar i stort det motsatta påståndet att det skulle vara lättare att motivera till frivillig vård utan LVM. Det finns mer blandade uppfattningar huruvida omedelbart omhändertagande enligt 13 § sätter individens rättssäkerhet ur spel, men 55 procent avvisar i stort detta. Det finns också skiftande uppfattningar om en längre vårdtid skulle förbättra LVM-vårdens resultat, samt huruvida LVM skulle vara obehövt om det fanns tillräckligt med resurser för frivillig avgiftning. Huvuddelen, 66 procent, avvisar i stort dessa båda påståenden.

Små skillnader mellan kommunerna

En undersökning⁴ gjordes huruvida det fanns några skillnader mellan de nio olika kommungrupperna i dessa svar. På en enda av dessa fanns en skillnad som närmade sig statistisk signifikans på 5-procentsnivån ($p = 0,056$). Det gäller påstående nr 8 om LVM-vårdens resultat skulle bli bättre om vårdtiden vore längre; här tenderade respondenterna från storstäderna i större utsträckning än övriga att avvisa påståndet.

Svaren på dessa påståenden tycks hänga ihop och bildar vissa mönster. För att undersöka dimensionaliteten i svarsmonstren användes faktoranalys (redovisas i bilaga 3. Grundat på denna skapades tre skalor som alla kunde variera kontinuerligt från 1 till 4, och där 4 motsvarar helt instämmande i alla påståenden. Skalorna kallades ”Skäl för LVM”, ”Skäl mot LVM” samt ”Problem med LVM”.

Skala 1 ”Skäl för LVM” har medelvärdet 3,35 och standardavvikelsen (sd) 0,51. Skala 2 ”Skäl mot LVM” har medelvärdet 2,43 (sd = 0,51) och skala 3 ”Problem med LVM” har medelvärdet 2,82 (sd = 0,61). Värdet 2,5 är neutralt och motsvarar ungefär ”varken/eller”. Det innebär att den gemensamma skattningen tycks vara att det finns relativt starka skäl för LVM, men också att det

⁴ Kruskal Wallis test för skillnader i medelrankning mellan oberoende grupper användes.

finns vissa problem med LVM. När det gäller skäl mot LVM ligger skattningen strax under det neutrala värdet, dvs. skälen får inte gillande. Medelvärden för alla kommungrupper redovisas i tabell 13:3.

Tabell 13:3. Medelvärden för olika kommungrupper på skalorna ”Skäl mot LVM”, ”Skäl för LVM” samt ”Problem med LVM”.

<i>Kommungrupp</i>	<i>Skäl för LVM</i>	<i>Skäl mot LVM</i>	<i>Problem med LVM</i>
1. Storstäder	3,19	2,47	3,10
2. Förortskommuner	3,26	2,41	2,79
3. Större städer	3,28	2,34	2,80
4. Medelstora städer	3,20	2,35	2,79
5. Industrikommuner	3,22	2,48	2,74
6. Landsbygdskommuner	3,25	2,60	2,85
7. Glesbygdskommuner	3,40	2,57	2,77
8. Övriga större kommuner	3,32	2,31	2,88
9. Övriga mindre kommuner	3,26	2,46	2,64
<i>Totalt</i>	<i>3,25</i>	<i>2,43</i>	<i>2,82</i>

Dessa skalor användes för att med hjälp av variansanalys (ANOVA) fördjupa analysen om eventuella skillnader mellan typkommunerna. Ingen av de tre skalorna skiljer signifikant mellan kommuntyperna. I det kompletterande ”post hoc”-testet som prövar varje grupp mot varje annan grupp finns följande skillnader som är säkerställda på 5-procentsnivån:

- På skalan ”Skäl mot LVM” instämmer landsbygdskommuner mer än större städer, medelstora städer och övriga större kommuner.
- På skalan ”Problem med LVM” instämmer storstäder mer än grupperna 2–4, samt 7 och 8.

Inga kommunala skillnader kan noteras på skalan ”Skäl för LVM”.

Sammanfattningsvis kan det konstateras, att överensstämmelsen är stor när det gäller skälen för LVM, men att det finns vissa skillnader i övrigt. Landsbygdskommuner ser mer skäl mot LVM än flera andra kommungrupper, medan storstäder ser mer problem med LVM.

13.3 Värdering av LVM-vårdens roll och förmåga

En samlad värdering av LVM-vårdens förmåga att fylla olika uppgifter beror dels av *hur viktig* man bedömer LVM-vårdens roll för uppgiften ifråga är, dels *hur väl* just dessa uppgifter fullgörs.

I fråga 2 ombads respondenterna skatta *hur viktig* de principiellt ansåg att LVM-vårdens roll var för ett antal uppgifter.

Tabell 13:4. Principiell inställning till ett antal påståenden om LVM:s betydelse för vissa uppgifter. Procentuell fördelning av svar, samt median.

Uppgifter	Antal svar	Mycket viktig (4)	Ganska viktig (3)	Ganska oviktig (2)	Helt oviktig (1)	Median- skattning
Avbryta ett akut missbruk	353	67,7	26,3	4,8	1,1	4
Fysisk återhämtning	353	36,0	49,9	12,5	1,7	3
Erbjuda en längre nykter och drogfri period	353	31,7	47,6	16,7	4,0	3
Utredning och bedömning av vårdbehov	352	28,1	41,8	24,7	5,4	3
Motivation till fortsatt frivillig vård	351	39,3	35,6	23,1	2,0	3
Behandling av missbruksproblemen	350	18,6	30,0	41,7	9,7	2
Annat...	13	76,9	23,1	0,0	0,0	4

Tabell 13:4 visar att flertalet av de svarande – 94 procent – anser att LVM är mycket eller ganska viktigt för att avbryta ett akut missbruk, 86 procent för att åstadkomma fysisk återhämtning, 79 procent för att erbjuda en längre nykter och drogfri period, 70 procent för genomförande av utredning och bedömning och 74 procent för motivation till fortsatt frivillig vård. Däremot är åsikterna mer blandade i fråga om LVM:s betydelse för behandling av missbruksproblemen – 72 procent intar mellanpositionerna ganska viktigt eller ganska oviktig. Det finns inga skillnader mellan kommungrupperna i synen på LVM:s roll för dessa uppgifter.

Tretton olika svar angavs när det gäller ”annat”, i samtliga fall sådant som respondenterna har bedömt som mycket eller ganska viktigt: att rädda liv, som ”påtryckning” för att vederbörande ska acceptera frivillig vård, för att ”ge valmöjlighet åt missbrukaren”, för att åstadkomma utredning av psykisk hälsa och erbjuda adekvat

fortsatt behandling, för att åstadkomma rätt eftervård, för att leda vidare till strukturerad vård, typ tolvstegsprogram, för att samla nätverket, ge stöd åt anhöriga, för att avbryta social utslagning, för att arbeta med övriga sociala problem, för att missbrukaren ska kunna komma ifrån gänget. En respondent har svarat ”§ 4-3”, dvs. hänvisat till rekvisitet ”skada sig själv eller närstående”. Det ligger i sakens natur att flera respondenter skulle ha kunnat värdera dessa funktioner positivt om de funnits med bland de i förhand utskrivna alternativen.

I fråga 3 ombads respondenterna skatta *hur väl* LVM-vården i dag fullgör samma uppgifter.

Tabell 13:5. Upplevelse av hur LVM-vården i dag fullgör vissa uppgifter. Procentuell fördelning av svar, samt median.

Uppgifter	Antal svar	Mycket väl (+2)	Ganska väl (+1)	Ganska dåligt (-1)	Mycket dåligt/inte alls (-2)	Median-skattning
Avbryta ett akut missbruk	346	64,7	29,5	5,7	0,6	+ 2
Fysisk återhämtning	347	43,2	51,6	4,9	0,3	+ 1
Erbjuda en längre nykter och drogfri period	346	22,0	54,0	22,0	2,0	+ 1
Utredning och bedömning av vårdbehov	346	5,8	33,5	52,9	7,8	- 1
Motivation till fortsatt frivillig vård	347	2,3	25,9	59,1	12,7	- 1
Behandling av missbruksproblemen	343	1,2	15,5	57,7	25,7	- 1
Annan uppgift	5	20,0	40,0	20,0	20,0	+ 1

Det stora flertalet anser att LVM-vården fullgör sina uppgifter mycket eller ganska väl när det gäller det direkta omhändertagandet, att avbryta ett akut missbruk och åstadkomma en fysisk återhämtning (94–95 %). Relativt många anser också att LVM-vården erbjuder en längre nykter och drogfri period – 76 procent. Men bedömningen är betydligt mer kritisk när det gäller längre syftande insatser. En majoritet (62 %) anser att LVM-vården ganska eller mycket dåligt fullgör sina uppgifter när det gäller utredning och bedömning av vårdbehov. I ännu högre utsträckning (72 %) finns kritik när det gäller uppgiften att motivera till fortsatt, frivillig vård

– en uppgift som angetts som LVM:s främsta syfte samt när det gäller uppgiften att ge behandling för missbruksproblemen (83 %).

Endast på ett område finns en säkerställd skillnad mellan kommungrupperna i deras erfarenheter av LVM. Storstäderna (grupp 1) är mer kritiska än glesbygdskommunerna (grupp 7) när det gäller LVM-vårdens förmåga att ge behandling för missbruksproblemen ($p = 0,013$).

Ovannämnda resultat överensstämmer i allt väsentligt med den bild som Gerdner (1998b) förmedlar utifrån en pilotstudie som han gjorde våren 1997 genom att intervjua remitterande socialsekreterare till 60 slumpmässigt utvalda klienter som skrivits ut från LVM-hem under en femveckorsperiod i början av 1997. De ansåg att LVM-hemmen klarade av de akuta uppgifterna väl, medan funktioner som förväntades ge mer långsiktiga resultat utfördes mindre väl. Gerdner anser sammanfattningsvis, att "socialtjänstens företrädare förefaller nöjda när det gäller det akuta målet att bryta en destruktiv utveckling, något mindre nöjda när det gäller det kort-siktiga målet att motivera till fortsatt frivillig vård, och minst nöjda när det gäller att på längre sikt uppnå frihet från missbruk och en förbättrad livsstil i övrigt" (s. 43). (Se även avsnitt 12.4.1 i detta betänkande.)

De frågor som handlar om hur viktiga olika funktioner inom LVM-vården är och de frågor som handlar om hur väl man fullgör dessa funktioner har använts för att skapa ett samlat index över hur väl man anser att LVM-vården fungerar i viktiga avseenden. För varje funktion har dess betydelse (1–4) multiplicerats med hur väl den fullgörs (-2 till +2). Indexet summerar därefter de sex specificerade funktionerna. I princip får vi därmed en värdering dels för *var och en* av de sex i förväg formulerade uppgifterna, denna värdering kan variera mellan -8 (uppgiften är mycket viktig men fullgörs mycket dåligt) till +8 (uppgiften är mycket viktig och fullgörs mycket väl), dels en samlad värdering av LVM i förhållande till *alla* dessa uppgifter, vilken kan variera mellan -48 (alla områden är mycket viktiga och fullgörs mycket dåligt) och +48 (alla områden är mycket viktiga och fullgörs mycket väl). Utfallet av detta framgår av tabell 13:6.

Tabell 13:6. Kommunernas värdering av LVM-vårdens fullgörande av vissa uppgifter (på en skala från -8 till +8) samt samlad värdering (på en skala från -48 till +48).

	Medelskattning	Spridning (Sd)
Avbryta ett akut missbruk	5,68	3,00
Fysisk återhämtning	4,41	2,77
Erbjuda en längre nykter och drogfri period	2,47	3,59
Utredning och bedömning av vårdbehov	- 0,41	3,64
Motivation till fortsatt frivillig vård	- 1,41	3,59
Behandling av missbruksproblem	- 2,01	2,93
Samlad bedömning	8,74	12,11

Kommunerna förefaller alltså lägga störst positiv värdering vid hur LVM-vården medverkar till att avbryta det akuta missbruket, följt av hur den stödjer fysisk återhämtning. Det finns också en positiv värdering – om än något lägre – vid hur LVM-vården erbjuder en längre nykter och drogfri period för de intagna. Missnöjet från kommunernas sida gäller utredning, motivationsarbete och behandling av missbruksproblemen. När hänsyn tas till hur man värderar vikten av LVM-vårdens roll i dessa uppgifter är missnöjet störst när det gäller behandling av missbruksproblemen, följt av motivationsarbetet och utredningsarbetet.

Utfallet på den samlade bedömningen varierar mellan minimum - 39 och maximum + 46. Genomsnittet ligger på 8,74, dvs. på en försiktigt positiv bedömning. Men spridningen är relativt stor med en standardavvikelse på 12,11. Detta index har senare använts för att studera hur inställningen till LVM-vårdens kvalitet påverkar utnyttjandet.

13.4 Alternativen till LVM

Respondenterna ombads rangordna vilken typ av insats som brukar bli aktuell om kriterierna för LVM-vård anses vara uppfyllda, men då klienten samtycker till och erhåller frivillig insats. Tabell 13:7 redovisar procentuell fördelning av rangordningarna, där ej rang-

ordnade alternativ givits lägsta rang (9). Tabellen ger medelrang för skattningarna.

Tabell 13:7. Rangordning av vilka insatser som brukar bli aktuella då LVM-kriterier anses uppfyllda men LVM inte kommer till stånd på grund av samtycke till och genomförande av frivillig insats. (Procentuell fördelning av svar samt medelrang för respektive insats.)

<i>Insatser</i>	<i>Rang 1</i>	<i>Rang 2</i>	<i>Rang 3</i>	<i>Rang 4</i>	<i>Rang 5</i>	<i>Rang 6</i>	<i>Rang 7</i>	<i>Rang 8</i>	<i>Ej rang 9</i>	<i>Medel- rang</i>
Strukturerad behandling i öppen vård	15	30	12	7	2	1	0,5	0	22	3,30
Stöd/samtalskontakt inom socialtjänst el. beroendevård	9	13	25	12	6	2	0,3	0,3	23	3,82
Behandling HVB-hem	65	8	6	2	3	0,8	0,5	0	5	1,87
Arbetskollktiv/ Syssetsättning	2	5	4	7	8	11	8	0,5	46	5,50
Familjehems placering	0,8	13	7	5	6	7	9	0,3	42	5,22
Stödboende	4	9	11	9	8	6	4	0	51	4,90
Drogtester som urinprov o.d.	4	8	10	14	10	5	6	0,5	32	4,79
Annat...	1	2	2	1	0	0	0	0,8	83	6,59

Respondenterna ger stor prioritet åt behandling på HVB-institution. Så pass stor andel som 65 procent uppger detta som sitt förstahandsalternativ. Strukturerad öppenvård är första alternativ för 15 procent av kommunföreträdarna och stödsamtal för nio procent. Övriga insatser ges marginell betydelse. Det finns här skäl att påpeka, att detta endast är en uppskattning av *en* företrädare för respektive kommun och inte en redovisning av vad som faktiskt blir aktuellt.

Medelrankningen påverkas också av hur många som inte givit någon rankning åt alternativet, men som ändå givit rankningsvärde åt något alternativ. Det finns i detta avseende inga nämnvärda skillnader mellan kommungrupperna, utan huvudintrycket är att dessa uppvisar stora likheter i sina prioriteringar. Några variationer finns

dock. Storstäderna med sina större problem på bostadsmarknaden prioriterar insatsen stödboende högre än övriga kommungrupper. Strukturerad öppenvård ges större prioritet i glesbygdskommuner, medelstora städer och industrikommuner än i storstäder. Stöd-samtal prioriteras högre och HVB lägre i industrikommuner jämfört med övriga.

13.5 Vilken roll spelar dygnsavgiftens storlek för nyttjandet av LVM-vård?

Respondenterna ombads kryssa för hur dygnspriset hos SiS påverkar kommunens utnyttjande av LVM-vården. Tre alternativ gavs, men ingen anvisning fanns huruvida ett eller fler alternativ kunde väljas.

De tre alternativen var:

- En *prishöjning* skulle *minska* antalet ansökningar om vård enligt 4 § LVM.
- En *prissänkning* skulle *öka* antalet ansökningar om vård enligt 4 § LVM.
- Priset påverkar ej utnyttjandet.

Något svar gavs i 358 enkäter av vilka 68 prickade för något av alternativen att priset påverkar utnyttjandet. Den absoluta majoriteten (81 % av alla) menar alltså att priset inte påverkar utnyttjandet. 13 procent anser att en prissänkning skulle öka antalet ansökningar medan 10 procent är av uppfattningen att en prisökning skulle minska antalet ansökningar. Elva av respondenterna (4 %) kryssade för båda dessa alternativ.

Andelen som anser att priset påverkar utnyttjandet skiljer sig inte signifikant mellan olika kommungrupper.

I denna fråga fanns det möjlighet för respondenterna att kommentera de tre svarsalternativen. Totalt gavs 142 kommentarer. Det mönster som här framträder är betydligt mera sammansatt än vad som redovisas i de bundna svarsalternativen enligt ovan. Tabell 13:8 visar en kategorisering av hur man i kommentarerna har angivit priskänsliga och prisokänsliga kriterier utifrån frågeställningen om dygnspriset påverkar kommunernas utnyttjande av LVM-vården.

Tabell 13:8. Kategorisering av kommentarer om kommunens benägenhet att utnyttja LVM-vården utifrån dygnsavgiftens storlek.

<i>Typ av innehåll</i>	<i>Antal kommentarer</i>
1. Alternativa lösningar eftersträvas	47
2. Behovet avgör	40
3. Kvaliteten för låg	38
4. Priset för högt	25
5. Antalet påverkas	20
6. Ekonomi-/budgetskäl	12
7. Följer lagen	11
8. Politikertryck	8
9. Staten bör betala	6
10. Vårdtidens längd	5
11. Kränkning av individen	3
12. För få fall för att bedöma	2
<i>Totalt antal kommentarer</i>	<i>217</i>

Anmärkning: 142 kommuner, kommun- och stadsdelsförvaltningar har kommenterat fråga 7 i enkäten. Respektive svar kan innehålla flera delkommentarer.

För de drygt fyra fjärdedelar av respondenterna som i de bundna svarsalternativen har förklarat att man är prisokänslig ("priset påverkar ej utnyttjandet") kan denna hållning sammanfattas med orden att "lagen är till för att följas". Det skulle varken bli färre eller fler placeringar om priset höjdes eller sänktes, vilket motiveras med att:

"Nej, eftersom det är lagreglerat är det prisokänsligt."

"Lagen går före kostnaderna för oss."

"Nej, är kriterierna uppfyllda så är de."

"Är man i behov av vård enligt LVM kan vi inte motsätta oss lagen."

"I en LVM-situation kan vi inte överväga kostnaden, det handlar om att efterleva lagen/rädda liv."

"Vi tillgriper LVM endast om det är absolut nödvändigt och då spelar priset ingen roll."

De kommuner som anser att dygnsavgiften är för hög anger att man i högre grad försöker finna alternativa lösningar till LVM-vården. Endast en "kraftig prissänkning", "en påtaglig sänkning", "en dramatisk prissänkning" skulle leda till ett ökat antal LVM-placer-

ingar enligt vad dessa respondenter anger. En ofta återkommande kommentar är att LVM-placeringar ”äter upp” utrymmet för frivilliga insatser.

”Vi försöker undvika omedelbart omhändertagande på grund av den höga dygnskostnaden.”

”Självklart påverkar priset när det gäller att hitta alternativa lösningar. (...) Vår målsättning i alla lägen är att hitta lösningar tillsammans med klienten som inte innebär LVM-vård.”

”En liten höjning skulle inte påverka antalet ansökningar. En kraftig höjning skulle med största sannolikhet innebära att vi skulle lägga ner mer energi på mer okonventionella/alternativa frivilliga lösningar.”

”Priset gör dock att andra alternativ ’dammsugs’. Ytterligare prishöjningar skulle därför ännu mer tvinga oss att söka alternativ. En prissänkning – omvänt resonemang.”

”Kanske påverkar det på så sätt att man gör stora ansträngningar att få den enskilde att samtycka till frivillig vård.”

”Vid ansökan om frivillig vård händer det att politikerna tvekar. Om handläggaren då ’hotar’ med mycket dyrare LVM-vård brukar de ibland ändra sig.”

Direkt knutet till kommentarer om att söka alternativa lösningar till tvångsvård är frågan om ”när behov föreligger”. Behovsbedömningen får en avgörande betydelse för klientens möjligheter att få vård i paritet med sitt tillstånd, och kommentarerna pekar på en tendens mot att det höga priset leder till att ”behovet” föreligger först när klienten nått ett så dåligt fysiskt och psykiskt tillstånd att fara för hans/hennes liv är överhängande.

Ett annat viktigt kriterium för att skjuta upp eller att helt avstå från en LVM-placering är att relatera prisets storlek i förhållande till LVM-vårdens kvalitet.

”...priset är dock orimligt högt i förhållande till kvaliteten på vården”.

”En kvalitetshöjning av behandlingen samt en kraftig prissänkning skulle öka antalet ansökningar.”

”Priset är alldeles för högt med tanke på hur lite vi får.”

”Priset står ej i paritet med den vård som tillhandahålls.”

”Vård handlar ej om pris utan om kvalitet och vårdinnehåll och metoder.”

”Med ett bättre behandlingsresultat och ett bättre motivationsarbete skulle kommunernas ’priskänslighet’ för LVM-vård inte ha så stor betydelse.”

”En kvalitetshöjning av behandlingen samt en kraftig prissänkning skulle öka antalet ansökningar.”

”Blir LVM-hemmen bättre på att motivera och behandla de omhändertagna, att kunna bryta den negativa utvecklingen, så kan de bli en större resurs för framför allt unga missbrukare.”

Några av respondenterna uttalar en viss skepticism till den vård som LVM-hemmen erbjuder:

”Ofta är det en förvaring av klienten.”

”På grund av dålig behandling av SiS undviks dessa vårdgivare så långt som möjligt.”

De tre kategorierna *alternativa lösningar*, *behovs- och kvalitetsbedömningar* hänger samman och förstärks av kategorin *politikertryck*: ”Ju högre pris, desto mer letar politikerna efter alternativa lösningar”, ”Politikerna i socialnämnden vill att vi reducerar LVM-kostnaden”. Men också av klart uttalade *ekonomiska skäl*: ”Priset för vården är redan i dag för högt om man ser till kommunens ekonomi”. Till detta kan läggas ett allmänt uttryck för att även om priset inte får påverka, så gör det antingen omedvetet (”kanske påverkar det på så sätt att man gör stora ansträngningar att få den enskilde att samtycka till vård”) eller medvetet genom att lagens rekvisit för LVM-vård ”snävas in” till att i huvudsak avse en akut, livshotande situation. LVM är, att döma av många av respondenternas kommentarer, ett reellt alternativ först då alla andra vägar prövats och klientens liv står på spel.

Ekonomiska motiv behöver inte enbart vara styrande inför ställningstagande om LVM-vård, utan kan i lika stor utsträckning gälla frivilligvård. Detta framskymtar i tillsynsrapporter från länsstyrelserna. I en rapport år 2000 om Älvsbyns kommun refererar Länsstyrelsen i Norrbottens län till en handläggare i kommunen som menade att ekonomin numera var mer styrande vid val av vård och behandling jämfört med tidigare: ”som socialsekreterare tänker man mer på ekonomin än tidigare och erbjuder och försöker motivera billigare vårdalternativ”.⁵

När väl LVM-alternativet har valts påverkas placeringarnas längd på grund av dygnsavgiftens storlek, enligt vad fem respondenter uppger. ”Placeringarna skulle kunna vara längre om priset var lägre”, ”den höga dygnskostnaden gör att vi försöker minska tiden på LVM-institutionen”.

Sex respondenter anser att ett sätt att råda bot på kostnadsfrågan vore om staten tog över kostnaderna för LVM-vården:

”Anser att det är ett konstigt system över huvud taget; med att kommunerna ska betala men staten styr vårdens innehåll.”

”Om staten tog över kostnaden tror jag nog att antalet LVM-ansökningar skulle öka markant.”

⁵ Skrivelse från Lst i Norrbottens län 2000-07-07, dnr 502-1946-00.

Den fjärde vanligaste kommentaren apostroferar explicit att priset är ”alldeles för högt”. Typ av kommentarer är följande:

”Priset i det närmaste helt avgörande huruvida LVM tillämpas eller ej. Vårdkostnaden borde ej överstiga 1 600–1 700 kr. per dygn. Med lägre kostnad skulle lagen tillämpas i högre grad. Missbruksvården i kommunen har ett mycket ansträngt budgetläge i konkurrens med övrig kommunal vård.”

”Vi försöker undvika omedelbart omhändertagande § 13 pga. den höga dygnskostnaden, så visst påverkar kostnaden.”

På motsvarande sätt anser många kommunföreträdare att det finns ett direkt positivt samband mellan priset och ansökningsfrekvensen:

”En kraftig prissänkning skulle öka antalet ansökningar.”

”Med lägre kostnad skulle lagen tillämpas i högre grad.”

”Det skulle krävas en väsentlig sänkning för att påverka antalet ansökningar.”

”En dramatisk prisökning/sänkning skulle minska respektive öka antalet ansökningar om LVM-vård.”

”Priset styr troligen åtminstone omedvetet. Priset påverkar troligen hur snabbt man börjar arbeta med § 27-placering.”

Kommunernas svar om priskänslighet inför vårdavgiftens storlek kan jämföras med resultatet av den enkätundersökning som den statliga SiS-utredningen (dir. 1997:113) genomförde under 1998. Enkäten hade skickats ut till kommuner med en högre utnyttjandegrad av LVM-vård (97 stycken), varav 81 procent deltog i undersökningen. En majoritet angav att SiS prissättning var mycket (32 %) eller ganska viktig (24 %) för hur ofta och på vilket sätt som kommunen använde LVM-vården. Av de 44 kommuner som hade bedömt att priset var mycket viktigt eller ganska viktigt ansåg emellertid endast 17 att en lägre prisnivå skulle leda till ett ökat utnyttjande av LVM-vården. SiS-utredningen konstaterade att kommunernas svar möjligtvis kunde uppfattas som motsägelsefulla:

Samtidigt bör det påpekas att få kommuner anger att priser, ekonomi m.m. varit den direkta orsaken till den minskade platsanvändningen under 1990-talet. Nedgången beror enligt kommunerna främst på utbyggnaden av kommunala alternativ /---/. En starkt bidragande orsak till detta – enligt bl.a. Socialstyrelsens uppföljning och utredningens egna enkäter – är att kommunerna anser LVM-vården är för dyr i förhållande till vårdresultatet. (SOU 1998:140 s. 115.)

Även externa myndigheter – exempelvis några länsstyrelser och Socialstyrelsen – samt Svenska Kommunförbundet och frivilligorganisationer ansåg att SiS prissättning var viktig eller mycket viktig när det gällde användningen av LVM-vården. ”Socialstyrelsen anser t.ex. att priset är mycket viktigt. Kommunerna tenderar att värdera pris i förhållande till kvalitet när en ansökan om LVM-vård aktualiseras för grupper som äldre missbrukare. Dessa försöker man i stället vårda genom stöd och skyddat boende på hemmaplan. Inför ansökan som gäller andra grupper, t.ex. personlighetsstörda individer och narkotikamissbrukare, är priset inte lika avgörande”, refererade SiS-utredningen Socialstyrelsens enkätsvar.

13.6 Samarbetet mellan socialtjänst och LVM-hem

Respondenterna ombads att på en fyrgradig skala ange hur, enligt deras erfarenhet, samarbetet mellan socialtjänsten och LVM-institutionerna i allmänhet fungerar. Svaren redovisas i tabell 13:9.

Tabell 13:9. Erfarenhet av samarbetet mellan socialtjänst och LVM-institutioner. Procentuell fördelning av svar, samt median.

<i>I situation</i>	<i>Antal svar</i>	<i>Mycket väl (+2)</i>	<i>Ganska väl (+1)</i>	<i>Ganska dåligt (-1)</i>	<i>Mycket dåligt (-2)</i>	<i>Median-skattning</i>
Vid utarbetandet av behandlingsplan för den enskilde klienten	320	13,4	63,8	21,6	1,3	+ 1
Inför planering av § 27-placering	314	13,7	68,5	15,9	1,9	+ 1
Inför avslutandet av LVM-vården	319	11,3	63,3	22,9	2,5	+ 1

Ungefär fyra femtedelar anser att samarbetet på dessa områden fungerar mycket eller ganska väl. Det finns ingen större skillnad mellan de tre situationerna. Det finns inte heller några skillnader mellan olika kommungrupper i dessa bedömningar.

Till fråga 8 i enkätformuläret finns totalt 154 avgivna kommentarer vilka ger en mera kritisk bild av rådande förhållanden än resultatet av fyra bundna svarsalternativen. Kommentarer till denna fråga har kategoriserats i tabell 13:10.

Tabell 13:10. Kategorisering av kommentarer om socialtjänstens samarbete med LVM-hemmen

Typ av innehåll	Antal kommentarer
1. Brister hos SiS i utredningar, utbildning, kompetens, metoder, kvalitet etc.	38
2. För få fall/inga fall, alltför liten erfarenhet för att kunna kommentera	30
3. Vissa bra, andra dåliga/varierar mycket från institution till institution	24
4. Ansvars/kompetensfördelningen mellan SiS och socialtjänsten är oklar	19
5. Samarbetet brukar fungera bra	15
6. Samarbete/kommunikation är dålig/brister/saknas	14
7. Svårt att samarbeta inför avslutningen och vården efter LVM	14
8. Det geografiska avståndet – närhetsprincipen satt ur spel	14
9. SiS gör upp med klienten utan socialsekreterarens deltagande	13
10. Socialtjänstens kunskap om klienterna beaktas inte	9
11. Saknar skriftlig dokumentation och dokumentöverföring	6
12. Självkritisk kommentar	5
13. SiS angående dubbeldiagnos och psykiatrikompetensen	3
14. Hur göra med den som sitter av sina sex månader med fortsatt missbruk?	2
15. Behandlingstidens längd påverkas	2
16. Problemen beror på den enskilde klienten	2
17. LVM-institutionen inte drogfri	1
<i>Totalt antal kommentarer</i>	211

Anmärkning: 154 kommuner, kommundels-/stadsdelsnämnder har kommenterat de fyra bundna svarsalternativen. Respektive svar kan innehålla flera kommentarer.

Den mest frekventa kommentaren är en kritik av LVM-institutionernas utredningar eller brist på sådana, personalens utbildningsnivå, institutionernas kompetens. Man anser att:

”LVM-hemmens metoder för kartläggning/utredning av klienterna måste förbättras, samt motivationsarbetet.”

”...som det är nu är LVM avgiftning och dyrt boende”.

”Vi saknar utrednings- och motivationsarbete.”

”De har svårigheter att se klientens enskilda behov och belyser alldeles för lite missbruksproblematiken i behandlingsplanen.”

”LVM-hemmen jobbar inte särskilt mycket med anhöriga och nätverk på hemmaplan.”

”Fler fysiska prov behöver tas och det behöver finnas en rutin över vilka prover som bör tas.”

Respondenterna ”ifrågasätter professionaliteten hos personalen vid LVM-hemmen”. Kommentarererna har ofta innebörden att kvaliteten generellt bedöms vara låg.

I knappt en sjättedel av kommentarerna konstateras, att samarbetet varierar ”från institution till institution”, och att samarbetet mellan olika LVM-hem skiljer sig avsevärt. Vid LVM-hem där man har flera placeringar kan det fungera bra, men det finns också exempel på motsatta erfarenheter. Kommunföreträdarna anser att deras möjlighet att ”välja bort” LVM-hem som enligt deras uppfattning fungerar mindre bra är begränsad. Av kommentarererna framgår också att det finns en bristande homogenitet mellan LVM-institutionerna. Skillnaderna är inte specificerade utan förefaller gälla respektive institution som helhet – antingen är den bra eller dålig.

Den fjärde mest vanliga kommentaren gäller ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och LVM-institutionen. Dels vem som skall bestämma vad: ”socialtjänsten skulle ha större mandat att avskriva vården”, men också vem som har störst kompetens att bedöma vad som är bäst för den enskilde klienten:

”Socialtjänsten ska ha en mer aktiv roll i placeringen.”

”Tydligare kommunalt ansvar för § 27-placering.”

”Socialtjänsten bör ha beslutsrätten för vad klienten behöver för typ av behandling och hur länge.”

Respondenterna anser att LVM-hemmet inte i tillräcklig hög grad tar till vara socialtjänstens kunskap om den enskilde klienten, och det formas till en anklagelse om att LVM-hemmet ”kommer överens” med klienten utan föregående samråd med socialsekreteraren. Detta gäller framför allt inför förestående § 27-placeringar:

”Tolkning av klientens situation baserad på klientens egen berättelse, ej tidigare erfarenheter från socialtjänsten.”

”... där också kommunens gedigna kunskaper om klienten ej beaktas av institutionen vid behandlingsplanen.”

”SiS-institutionen drar igång egen § 27-planering utan samarbete med socialtjänsten. Trots att vi oftast har en lång kännedom om klienten och dess behov.”

Femton respondenter konstaterar explicit att ”samarbetet fungerar bra/väl”. Detta kan emellertid följas av ”men även ganska dåligt” eller ”det finns erfarenheter av mycket goda resultat av LVM-vården och tvärtom”. Till bilden bör alltså även fogas de dikotoma konstaterandena om institutionerna som antingen bra eller dåliga. Det geografiska avståndet till LVM-hemmet försvårar enligt kom-

munföreträdarna alla faser i samarbetet. De bristande kontakterna leder också allmänt till planeringssvårigheter. Det kan därtill konstateras att socialtjänsten efterfrågar tätare och mer omfattande rapportering, inte minst kring klientens avvikelser och ”permissioner” under vistelsetiden.

Fem självkritiska kommentarer till brister i samarbetet har fällts som alla utmynnar i att kommunen har bristande resurser:

”Sociala förvaltningen har för hög arbetsbelastning och klarar inte att prioritera detta arbete.”

”Det råder verktygs- och personalbrist hos oss.”

”Jag tycker det hänger mycket på hur mycket resurser kommunen använder sig av för att vara med ordentligt i LVM-vården, att vara aktiv för bra eftervård etc. Här finns det mer att önska av oss själva i vår kommun men också av andra kommuner enligt mina erfarenheter.”

Till frågan om hur samarbetet fungerar inför § 27-placeringarna och avslutningen av LVM-vården konstateras att:

”Vid vårdens avslutning bör institutionen samråda betydligt mer med socialtjänsten.”

”Relationer som byggts upp under vårdtiden klipps snabbt av i samband med vårdens utgång”

”SiS-institutionen har i vissa fall inte tagit ansvar för problem som uppstått i § 27-placering/planering då LVM-vården upphört.”

Inför utskrivningen saknas, enligt respondenterna, ofta dokumentation över hur vården har genomförts och hur behandlingsplanen har genomförts, varför några har önskemål om ”skriftliga rapporter fortlöpande under vårdtiden”. En utförlig skriftlig dokumentation av tiden vid LVM-hemmet anses värdefull för planeringen av eftervårdsarbetet.

13.7 Upplevda brister i dagens LVM-vård

Enkätens fråga 9 bestod av fyra öppna delfrågor med utgångspunkt som tog sikte på kommunernas erfarenhet av och uppfattning om de som man ansåg vara ”de största bristerna i dagens tvångsvård för vuxna missbrukare” beträffande (andelen som har besvarat frågan inom parentes):

- Gällande lagstiftning (74 %).
- Utredning och handläggning (65 %).

- Genomförandet av tvångsvård vid omedelbart omhändertagande (60 %).
- Genomförandet av tvångsvård vid ansökan om vård (56 %).

Varje svar kan innehålla flera kritiska eller positiva omdömen. Dessa har kategoriserats och rangordnats för respektive delfråga för att klargöra hur frekvent olika faktorer framhållits.

13.7.1 Brister i nuvarande lagstiftning

Av tabell 13:11 framgår de kategoriseringar som har skett utifrån kommunföreträdarnas svar på frågan om vad man uppfattar vara de största bristerna i gällande lagstiftning om LVM.

Tabell 13:11. Kategorisering av socialtjänstens svar om största bristerna i gällande lagstiftning.

<i>Typ av innehåll</i>	<i>Antal kommentarer</i>
1. Lagens tillämpning	73
2. Vårdtidens längd	57
3. Att förändra lagen	39
4. Tydligare kriterier	27
5. Förändring av ansvarsområden	23
6. Bristande erfarenheter – vet ej*	22
7. Handläggningen	22
8. Begreppsdefinitioner	12
9. Områden för godtycke	12
10. Gränsdragningsproblem	10
11. Brister i verkställighetsprocessen	8
12. Tvång som metod	6
<i>Totalt antal kommentarer</i>	<i>311</i>

Anmärkning: 264 kommuner, kommundels-/stadsdelsnämnder har kommenterat frågan. Respektive svar kan innehålla flera kommentarer.

*/ 17 av respondenterna anser sig inte ha tillräckligt med erfarenhet av LVM:s tillämpning för att kunna besvara frågan, och fem säger sig inte veta om det finns några brister över huvud taget.

Av de respondenter som besvarat delfrågan är det vanligaste svaret att man egentligen inte ser några brister i gällande lagstiftning. Men dessa formuleringar kan också – som i en femtedel av de 73 fallen – följas av förbehåll i stil med att:

”Jag tycker faktiskt att LVM-vården fungerar bra och är ett konstruktivt behandlingsverktyg om den används rätt, dvs. som ett hjälpmedel för klienten, inte ett maktmedel.”

”Vad jag förstår används LVM som avgiftningsmetod och sedan går man inte vidare”

Elva respondenter kommenterar lagens tillämpning med att ”lagen kan inte tillämpas förrän det gått alltför långt” och att det är ”svårt att uppfylla indikationerna för LVM, personen ska vara väldigt illa dären”. En kommunföreträdare från gruppen medelstora kommuner är allmänt sett kritisk till gällande lagstiftning, och anser att ”lagen städar bara undan besvärliga människor. LVM-institutionen saknar personal, resurser och kunskaper för att arbeta med målgruppen som i dag utgörs av allmänt stökiga, psykiskt sjuka, personer”.

Mer än hälften av svaren som berör frågan om LVM:s vårdtid anser att den är ”för lång”. I vissa svar preciseras att vårdtiden bör uppgå till ”högst 2 månader” eller att det skall finnas ”möjlighet till omprövning efter 3 månader”. Förslag redovisas också om att ”man skulle kunna göra ett omedelbart omhändertagande under en månad och under den tiden försöka motivera till frivilligvård”. Men det är inte bara kortare vårdtid som dessa respondenter efterlyser utan också en ”större flexibilitet i vårdtiden i båda riktningarna”. I själva verket är ”möjlighet att förlänga tiden” ett krav som ställs av en femtedel av de respondenter som återfinns i kategorin *vårdtidens längd*, också uttryckt som att de ”sex månaderna är för kort tid”. Dessa diametralt motsatta uppfattningar kan ha sin grund i olika syn på lagens syfte eller att man anser att vårdtidens längd varierar beroende på vilken typ av klientgrupp som det rör sig om. Som argument för längre tvångsvård anges att ”dubbeldiagnoser behöver betydligt längre vårdtid”.

Till kategorin ”förändra lagen” har förts svar som innehåller förslag till kompletteringar i lagstiftningen. Den mest frekvent påpekade bristen (nästan en tredjedel) är att det i lagen saknas möjlighet att tillvarata det ofödda barnets rätt:

- Ofödda barnets rätt skrivs in i lagen.
- En mellanform som i LVU med tvingande regler.

- Ett utskrivningssystem motsvarande LPT med utskrivningsprövning.
- Direkt efter det omedelbara omhändertagandet bör klienten få ett personligt ombud eller motsvarande.
- Åldersbegränsning för LVM-lagens tillämpning till maximalt 40 års ålder.
- Begränsa antalet tvångsingripanden enligt LVM som den enskilde kan utsättas för.
- LVM-lagstiftningen bör inarbetas i hälso- och sjukvårdslagen.
- Rättssäkerheten och den personliga integriteten bör stärktas i LVM.
- Lagfäst boendestöd, sysselsättning och strikt öppenvård när vården upphör.

Bland svaren finns allmänt hållna synpunkter om nödvändigheten av att förtydliga kriterierna i samband med lagens tillämpning, exempelvis att det är "svårt att tolka när omedelbart omhändertagande är tillämpligt". Konkret krävs förtydliganden av kriterierna för exempelvis "kvarhållande på sjukhus" (24 § LVM). Man frågar sig när "allvarlig fara" föreligger (4 § LVM) och påpekar "brister i vad ett läkarutlåtande skall innehålla för uppgifter".

Undermeningen i kommunföretädarnas synpunkter är vidare att tydliga kriterier för hur lagen skall tillämpas är grundläggande för att minimera utrymmet för godtycke och olika tolkningar mellan olika involverade myndigheter och enskilda tjänstemän. De områden där man ser en fara för godtycklig tillämpning är länsrätternas skiftande bedömningar och att det inom socialtjänsten kan råda ett godtycke kring "vilka som får LVM utifrån hur man ser på tvångsvården". Det framhålls att risken för tvångsingripande eller möjligheten att överleva i ett aktivt missbruk är "beroende på var i landet man bor". Kommentarer som sammanfattar det som framkommer i denna kategori är följande: "Lagen är bra utformad, ger oss möjligheter", det som brister är "inte själva lagstiftningen, däremot tolkningen".

I enkätsvaren betonas gränsdragningsproblemen mellan LVM och hälso- och sjukvårdslagen, samt mellan LVM och LPT. Även ansvarsfördelningen mellan kommun och LVM-hem påtalas, och det framförs förslag om att tillföra kommunerna befogenhet att själva få besluta om § 27-placering. Nuvarande ordning beskrivs som att LVM-hemmet "tar över ansvaret" i samband med LVM-placering.

Respondenterna ser som en allvarlig komplikation att själva verkställigheten av tvånget kan dra ut på tiden på grund av bristande resurser från polisens sida, men också till följd av svårigheter att erhålla ett läkarintyg. Tidsfristen från det att ett omedelbart omhändertagande har fastställts av länsrätten till att kommunen skall inkomma med sin ansökan om vård anses vara alldeles för kort. ”Det är svårt att hinna få fram fakta och diskutera eventuell frivillighet med klienten.” Ett allmänt problem tycks vara tidsbristen, vilket gör det svårt att göra genomarbetade utredningar inför ansökan till länsrätten.

13.7.2 Brister vid utredning och handläggning

Av tabell 13:12 framgår de kategoriseringar som har skett utifrån respondenternas svar på frågan om vad man uppfattar vara de största bristerna i utrednings- och handläggningsprocessen rörande LVM.

Tabell 13:12. Rangordnad kategorisering av svaren på frågan om största bristerna i utredning och handläggning.

<i>Typ av innehåll</i>	<i>Antal kommentarer</i>
1. Utrednings-, handläggningstiden	46
2. Inga brister	41
3. Kompetens och utveckling	36
4. Hälso- och sjukvården i utredningsarbetet	34
5. Utredningshinder	30
6. Gränsdragningsproblem	29
7. Självkritik	22
8. Bristande erfarenheter – inga synpunkter	18
9. Samverkansbrister	15
10. Resursbrister	8
<i>Totalt antal kommentarer</i>	<i>279</i>

Anmärkning: 234 kommuner, kommundels-/stadsdelsnämnder har kommenterat frågan. Respektive svar kan innehålla flera kommentarer.

Ett vanligt svar är att det myndighetsutövande utrednings- och handläggningsförfarandet ”fungerar väl”. Flera respondenter ser i

stort sett inte några allvarligare brister vilket till exempel framgår av formuleringarna ”ser inga större brister” eller att ”rutiner finns kring utredningsarbetet – som naturligtvis alltid kan förbättras”. Den oftast omtalade bristen som påtalas rör tidsfaktorn i utrednings- och handlägningsprocessen: ”det är för kort tid från beslut om § 13 till ansökan” och att ”tidsintervallet från fastställandet av omedelbart omhändertagande till ansökan är för kort”.

Kritiken mot hälso- och sjukvården i utrednings- och handlägningsarbetet är av allvarligare karaktär än det som betraktats som utredningshinder i föregående stycke, och den har därför grupperats för sig. Det handlar här inte enbart om kritik mot långa väntetider för att få till stånd en läkarundersökning i samband med en utredning enligt 7 § LVM, utan ett mer vanligt förekommande svar handlar om ”läkarnas ovilja av att utfärda intyg” och svårigheterna med att ”få psykiatriska bedömningar” i en situation där personer med missbruksproblem i allt större utsträckning uppvisar en psykisk problembild. Det är också hälso- och sjukvården som får flest kritiska kommentarer beträffande samverkan mellan socialtjänsten och andra aktörer; av 15 olika påpekanden om brister faller elva på sjukvården.

Den tredje vanligaste typen av svar kan sammanfattas i följande förslag:

- kunskaps- och kompetensutveckling
- metod- och handledarutveckling
- fler strukturerade behandlingsinslag
- tydligare mål i arbetsplanerna.

Respondenterna menar också att det ”saknas fungerande motivationsarbete för § 27” och att det råder stor skillnad mellan institutionerna. Det förekommer emellertid också självkritiska kommentarer i stil med att ”det handlar om våra egna rutiner” som orsak till brister i utrednings- och handlägningsförfarandet där ”kommunernas dåliga ekonomi medför sämre kvalitet på utredningarna”. Man hävdar också, att ”det krävs medicinska kunskaper som socialtjänsten inte kan tillgodose”.

13.7.3 Brister vid genomförandet av tvångsvård vid omedelbart omhändertagande

Av tabell 13:13 framgår de kategoriseringar som har skett utifrån respondenternas svar på frågan om vad man uppfattar vara de största bristerna vid verkställigheten av omedelbart omhändertagande enligt LVM.

Tabell 13:13. Kategorisering av socialtjänstens svar om största bristerna vid genomförandet av omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM.

<i>Typ av innehåll</i>	<i>Antal kommentarer</i>
1. Inga brister	45
2. Polishandräckning	44
3. Sjukvården	33
4. Resursbrist	33
5. Tidsfaktorn	30
6. Gränsdragningsproblem	25
7. Bristande erfarenheter – inga synpunkter	20
8. Samverkansbrister	13
9. Ändringar i lagen	9
10. Byråkrati	5
11. Ej relevant för frågeställningen	2
Totalt antal kommentarer	259

Anmärkning: 216 kommuner, kommundels-/stadsdelsnämnder har besvarat delfrågan. Respektive svar kan innehålla flera kommentarer.

Den mest påtalade bristen vid genomförandet av beslutet om omedelbart omhändertagande rör tillgång på polishandräckning. Oftast konstateras att det förekommer ”svårigheter när det gäller polishandräckning”, men det förekommer också omdömen om polismyndighetens rutiner, exempelvis: ”vid begäran om handräckning av polis tar det ibland lång tid innan verkställighet, eftersom dessa ärenden lågprioriteras av polisen”. Några alternativa förklaringar till polisens svårigheter att verkställa beslutet framförs inte, vilket kan tyda på att kommunikationen mellan de båda myndigheterna inte är den bästa i denna typ av ärenden.

Även nästa steg av processen – att få utfärdat ett läkarintyg och att bereda plats för klienten på sjukhusbaserad abstinensbehandling – innebär stora svårigheter för kommunens del. Kommunföreträdarna är kritiska till hälso- och sjukvårdens bristande resurser: i 23 av 33 svar påtalas bristande tillgång på avgiftningsplatser. Fyra kommentarer knyter problematiken till bristande kompetens hos den enskilde läkaren att utfärda intyg med stöd av LVM. Fyra respondenter nämner risken att patienten skall avvika i samband med antingen läkarundersökning eller eventuell abstinensbehandling. Två svar uppehåller sig vid att ”sjukvården ifrågasätter socialtjänstens bedömningar och hänvisar till platsbrist”.

Kategorin ”gränsdragningsproblem” har skapats dels för att kommunerna använder detta begrepp i sina svar, dels för att det handlar om brister som sannolikt kan avhjälpas genom en klarare gränsdragnings, vilket inte nödvändigtvis förutsätter en lagändring även om problemet kan ha uppstått som en följd av den enskilda lagbestämmelsens utformning eller dess tillämpning.

Som exempel på sådana latenta konfliktområden kan nämnas följande:

- Flera huvudmän komplicerar samarbetet.
- Olika tolkningar mellan socialtjänsten och länsrätten av rekvisitetet fortgående missbruk (4 § LVM) och ”i samförstånd med honom” (2 § LVM).
- Kunskapsbrist inom landstinget om dess skyldigheter enligt LVM.
- Sjukvården bör stå för handräckning när klienten inte vill stanna kvar på sjukvårdsenheten.
- Sjukvården försöker inte kvarhålla klienten om denne vill avvika från avgiftning som en inledning av LVM-vården (24 § LVM).
- Klienten bör inte förvaras i häktet inför transport till LVM-hem.
- Sjukvården ifrågasätter socialtjänstens bedömningar och hänvisar till platsbrist.

Respondenternas egna förslag till lagändringar kan sammanfattas enligt följande:

- Omedelbart omhändertagande bör fattas på tjänstemannanivå, inte av socialnämndens ordförande.
- Omedelbart omhändertagande bör enbart ske när det finns behov av avgiftning.

- SiS bör ombesörja läkarundersökning.
- SiS bör tillföras resurser för kvalificerad sjukvård så att vården kan inledas på LVM-hemmet.
- Avgiftning bör alltid ske på LVM-hemmet.

Inom kategorin ”resursbrist” kan flest svar hänföras till den *generella* kommentaren att det råder brist på ”utbud och bredd” vad gäller möjligheten att genomföra tvångsvård efter omhändertagandebeslut enligt 13 § LVM. Även kommunens ekonomi är en källa till resursbrist. Exempel på *specifika* resursbrister är att det inom vissa landsting saknas beroendekliniker.

En annan resurs som saknas vid genomförandet av omhändertagandebeslut är *tiden*. Tidsknappheten är delvis en konsekvens av att den tidigare närhetsprincipen inte längre kan upprätthållas: ”långa resor till norra Sverige, där klienten ibland måste förvaras hos polisen tills transportsamordningen är klar, hade varit bättre om de kunde kvarstanna inom sjukvården – dvs. om LVM vore tillämplig där”. I svaren framkommer också, att det på grund av ”tidsbrist och avstånd” är ”svårt att hinna ha kontakt och träffa personen ifråga innan vi ansöker om vård”.

13.7.4 Brister vid genomförandet av tvångsvård vid ansökan om vård

Av tabell 13:14 framgår de kategoriseringar som har skett utifrån respondenternas svar på frågan om vad man uppfattar vara de största bristerna vid genomförandet av tvångsvård enligt LVM.

Tabell 13:14. Kategorisering av socialtjänstens svar om största bristerna vid genomförandet av tvångsvård enligt 4 § LVM.

Typ av innehåll	Antal kommentarer
1. Kompetens- och kvalitetsbrister vid LVM-inst.	78
2. Inga brister	33
3. Placeringsmöjligheter	32
4. Ingen erfarenhet – ingen uppfattning	18
5. Tidsfaktorn	17
6. Tydligare kriterier – tolkningsutrymme	15
7. Samarbetsutveckling	12
8. Sjukvården	12
9. Tvångs som metod	10
10. Ändringar i lagen	10
11. Klienten som individ	6
12. Kostnader – kommunens ekonomi	3
Totalt antal kommentarer	246

Anmärkning: 202 kommuner, kommundels-/stadsdelsnämnder har besvarat frågan. Respektive svar kan innehålla flera kommentarer.

Ett opreciserat och generellt svar är att LVM-hemmen har ”låg kvalitet” (48 av 78 respondenter). Den därefter vanligaste kritiken dömer ut vården som helhet: ”ingen motivation enbart förvaring”, ”bristande behandlingsmetoder och risk för återfall”. Den vanligaste framförda kritiken tar sikte på de långa avstånden mellan kommunen och LVM-hemmet. Andra kritiska kommentarer gäller avsaknaden av ”mindre institutioner som är mer anpassade till målgruppen” och ”särskilda LVM-hem för unga missbrukare”. Beträffande placering av kvinnor framhålls att det ofta finns en brist på platser vid de särskilda kvinnoinstitutionerna.

Även i svaren på denna fjärde delfråga är återkommande teman tidsfaktorn, tvång som metod, behovet av tydligare kriterier för att minimera tolkningsutrymmet och ändringar i lagen liksom kritiken av hälso- och sjukvården samt behovet av samarbetsutveckling. Formuleringarna är oftast identiskt lika de som tidigare redovisats eller endast marginellt särskiljande.

I sex av svaren framhålls som ett problem att klienten intar ”en obstruerande hållning” genom att ”vägra provtagning” och att ”planeringarna/behandlingsplanen ej genomförs pga. att klienten inte blir avgiftad eller medverkar i vidare planering”. Att ”personen i fråga sällan är motiverad till vård” kan resultera i en ”negativ påverkan på andra klienter som vill uppnå förändring”. Ett problem från kommunens sida är att hålla kontakten med klienten om denne ”försvinner mellan beslut och verkställande vid omedelbart omhändertagande”.

13.8 Försök till analys av faktorer som påverkar LVM-utnyttjandet

Avslutningsvis har utredningen undersökt om det är möjligt att härleda antalet LVM-insatser år 2001, dvs. beslut enligt 13 § LVM och ansökan om vård enligt 4 § före länsrättens prövning, till någon av följande olika faktorer: attityder till LVM (de tre skalorna), upplevelse av LVM-vårdens kvalitet (samtal index), åsikten att priset spelar roll för utnyttjandet samt kommunernas invånarantal.

Genom multipel linjär regression studerades om antalet LVM-insatser kan påvisas vara beroende av ovan angivna faktorer. Modellen reducerades successivt genom att faktorer utan inflytande togs bort. Även den optimala modellen visade sig dock förklara endast ett par procent av variationen i LVM-utnyttjandet och resultatet var inte statistiskt signifikant. Den enda faktor som var i närheten av signifikans var indexet över upplevelsen av LVM-vårdens kvalitet.

På motsvarande sätt undersöktes faktorer som skulle kunna förklara variationer i antal beslut om omedelbart omhändertagande i relation till kommunstorleken. Även här visade det sig att modellen endast kunde förklara några få procent, men denna gång var modellen dock signifikant. Endast faktorerna ”Skäl mot LVM” och upplevelsen av ”LVM-vårdens kvalitet” var signifikanta, men tillsammans förklarar de endast försumbara tre procent av antal omedelbara omhändertaganden per 10 000 invånare. Riktningen i denna påverkan är möjligen intressant: Ju högre instämmande i skäl mot och ju positivare upplevelse av LVM-vårdens kvalitet, desto fler omedelbara omhändertaganden.

Tabell 13:15. Multipel linjär regression (optimal modell) över faktorer som påverkar antal omedelbara omhändertaganden per 10 000 invånare.⁶

	Ostandardiserad koefficient		Standardiserad koefficient	t-värde	p-värde
	B	Standardfel	Beta		
(Konstant)	0,440	0,431		1,021	0,308
Skäl mot LVM	0,327	0,165	0,102	1,974	0,049
LVM-vårdens kvalitet	0,016	0,007	0,115	2,227	0,027

Slutsatserna tycks vara att kommunföreträdarnas principiella invändningar mot LVM och deras uppfattning om LVM-vårdens kvalitet endast mycket marginellt kan förklara skillnader i LVM-utnyttjandet. De kommuner där företrädaren ser *större principiella skäl* mot LVM men samtidigt *värderar dess kvalitet positivt* använder omedelbara omhändertaganden i något högre utsträckning än andra kommuner. Det skulle möjligtvis kunna förklaras av att man inte anser att de principiella invändningarna väger lika tungt mot just akuta omhändertaganden.

Det finns i denna analys märkligt nog inga indikationer på att kommunernas inställning till prisets roll skulle bidra till förklaringen, inte heller kommunens storlek. Det bör påpekas att även om det saknas säkra indikationer utifrån svaren på de strukturerade frågorna i enkätundersökningen – att dygnsavgiften skulle med andra ord påverka kommunernas benägenhet att ansöka om vård – modifieras denna slutsats av de kvalitativa svaren i samma enkät.

En svaghet i studien är rimligen att det är svårt att avgöra om respondenterna representerar nämnden och/eller de tjänstemän som i sin handläggning på olika nivåer utövar inflytande över besluten.

⁶ $R^2 = 0,03$; $p = 0,04$.