

LVM – föråldrad, fungerar dåligt och saknar kunskapsstöd

Lagen om vård av missbrukare (LVM) bör inrymmas i den nya psykiatrilagen. LVM riskerar att leva kvar trots att den är föråldrad och varken skyddar unga vuxna eller äldre med destruktivt, livsfarligt beroende av alkohol/narkotika. Tillämpningen är dessutom rättsosäker med orimligt stora skillnader i olika delar av landet.

Lagen bygger på uppfattningen att missbruk i huvudsak är ett socialt problem. Den har sitt ursprung i 1913 års alkoholistlag, som 1954 övergick i nykterhetsvårdslagen (NvL 1954:579). Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) trädde i kraft 1982, och har sedan dess kompletterats och reformerats »kosmetiskt« utan att ändringarna fått någon större betydelse för vården av människor med beroendeproblem (senaste revision 1988:870).

Lagen saknar stöd i den kunskap vi har i dag om orsakerna till missbruk/beroende. Inom sjukvården ses beroendeproblem huvudsakligen som ett medicinskt tillstånd, och stora landvinningar har under senare år gjorts med detta synsätt. Det behöver inte betyda att man bortser från sociala faktorer, men att enbart se missbruk/beroende som en social störning har inte visat sig vara en fruktbar väg.

Kommunerna använder LVM mycket ojämnt. Tillämpningen förklaras mest av hur man erbjuder unga och vuxna annan evidensbaserad vård innan skyddslagen tillämpas. Det innebär både rättsosäkerhet och vård som inte är på lika villkor för den enskilde. LVM är svårt att tillämpa. Kommunernas inställning varierar, tyvärr ibland med hänsyn till



Foto: Colourbox

Sjukvården bör ha huvudansvaret för missbruks-/beroendeproblematik. Om samma vårdgivare även behandlar psykiatriska problem kan vårdtiderna kortas, kränkningen av den personliga integriteten begränsas och alkohol- och narkotikarelaterad dödlighet minskas.

ekonomin, trots att det sägs att den inte ska få ha inverkan. En LVM-plats i sex månader kostar cirka 600 000 kronor, och många placeringar påverkar naturligtvis en kommuns ekonomi.

Socialsekreteraren som gör utredningen vet av erfarenhet att många missbrukare lovar att ställa upp på frivilliga insatser när ärendet ska behandlas i förvaltningsrätten, men att löftena tyvärr ofta är kortlivade. Patienten placeras frivilligt men avviker nästan omedelbart och fortsätter sitt destruktiva missbruk, och processen måste tas om.

Lagen bortser helt från att vid ett svårt beroende har patienten ett tvångsmässigt beroende av narkotika, tabletter och/eller alkohol och gör vad som helst för att fortsätta bruka dem. Tyvärr hinner många dö innan de får hjälp. Massmedierna ger ständigt exempel på detta.

Vid beslut om behandling enligt LVM skickas personen till en institution, många gånger långt från hemorten, vilket försvårar utslussningen. Kvaliteten

på vården är ojämn, handlingsplaner fungerar sällan vid hemkomsten och ofta saknas psykiatrisk kompetens. Det är klart att socialtjänsten ibland uttrycker att en placering enligt LVM är dyr och ineffektiv och alltför ofta resulterar i återfall och en ny missbruksperiod när man kommer hem. Därtill kan exempelvis inte underhållsbehandling med metadon ges till heroinmissbrukare eftersom detta inte medges i lagen.

Missbruksutredningen (SOU 2011:35, del 2) analyserar tillämpningen av LVM i kapitel 16 (sidorna 603–28) i betänkandet och redovisar att man redan i den översyn som gjordes 2004 konstaterade att människor med tungt missbruk inte får den vård och omsorg och det samhälleliga stöd de behöver. Kommunernas insatser svarar inte mot de behov som finns. Långsiktighet, uthållighet och planering är avgörande förutsättningar för att lyckas i missbruksvård.

LVM ska användas vid destruktivt missbruk när frivilliga insatser inte hjälper och när minst en så kallad specialindikation föreligger (hälsorisk, social risk eller skaderisk). Utredningen görs av socialsekreterare och lämnas till socialnämnden, kompletterad med läkarintyg. Begäran om tvångsvård skickas till förvaltningsrätten som (i de allra flesta fall) beslutar om tvångsvård. Ett omedelbart omhändertagande kan ske när det föreligger akut livsfara. Detta viktiga medicinska beslut får tas av socialnämndens ordförande: en folkvald politiker, vanligen utan medicinsk utbildning.

Missbruksutredningen konstaterar att det finns problem i gränsdragningen mellan LVM och LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård). Undersökningar visar att tre gånger fler personer med missbruksdiagnos vårdas enligt LPT än enligt LVM. Det finns en hög grad av samsjuklighet, det vill säga personer med missbruk/beroende har även annan psykiatrisk sjukdomsdiagnos. Detta gäller även dem som dömts till rättspsykiatrisk vård och förklarar delvis de långa vårdtiderna enligt LPT.

Missbruksutredningen påtalar att tvång innebär att den enskildes självbestämmanderätt upphävs och att hans eller hennes autonomi starkt inskränks. Tvångsinsatsen kan dock motiveras om den bidrar till individens tillfrisknande



CARL-GUSTAF OLOFSSON
verksamhetschef, psykiatriska kliniken, Skellefteå
CarlGustaf.Olofsson@vll.se



GÖRAN LÖFSTEDT
chefsöverläkare,
Beroendecentrum, Örebro



LARS-HÅKAN NILSSON
medicinsk rådgivare,
Kriminalvårdens huvudkontor,
Norrköping

eller bryter ett akut missbruk där insatser inte tas emot frivilligt av den enskilde. Samtidigt måste man självfallet eftersträva ett minimum av integritetskränkning. Vården måste utformas så att den känns meningsfull för den enskilde.

Trots att LVM funnits i över 30 år finns allvarliga brister som kan sammanfattas i följande punkter:

- Stora skillnader i hur LVM tillämpas över landet leder till rättsosäkerhet för den enskilde.
- Samsjukligas behov tillgodoses inte inom vård enligt LVM eller LPT.
- Behandlingsinnehållet inom vården enligt LVM brister även för andra grupper än samsjukliga.
- Samspelet mellan tvångsvård och den fortsatta vården fungerar dåligt.

Dessa brister skapar uppfattningen att tvångsvården inte är meningsfull och minskar möjligheterna till rehabilitering. Medicinska insatser vid missbruk/beroende av alkohol och narkotika bör ges inom hälso- och sjukvården. Det innebär att den medicinska indikationen förtydligas och läggs till den organisation inom vars kompetensområde de medicinska bedömningarna görs. Att utföra vård med hjälp av tvång är en grannlag uppgift som kräver specialkompetens, och det innebär fördelar om denna kompetens samlas inom en organisation och under en lagstiftning.

LVM är en föräldrad lag som trots tydliga rekommendationer från Missbruksutredningen riskerar att leva kvar. Lagen leder till att människor med missbruk/beroende inte får evidensbaserad vård för detta och inte heller relevant psykiatrisk vård. Den psykiatriska vården delas dessutom in i ett A-lag och ett B-lag, där B-laget utgörs av människor med missbruk/beroende.

Ett gravt beroende med tvångsmässigt drogbruk är en allvarlig psykisk störning. God vetenskaplig evidens finns i dag för detta. Därför kan LVM inrymmas i den nya psykiatrilagen. Socialtjänstens insatser är ett viktigt komplement, men sjukvården måste ges huvudansvaret att hantera problem med missbruk/beroende. Om samma vårdgivare behandlar den psykiatriska problematiken enligt evidensbaserade metoder blir vårdtiderna kortare, kränkningen av den personliga integriteten mindre och den alkohol- och narkotika-relaterade dödligheten kan minskas.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

APROPÅ! När man som läkare blir den ofrivilliga patienten

Klagosång från en som upplevt både förr och nu

■ Efter dryga 30 års verksamhet som läkare i svensk sjukvård har jag nu efter en trafikolycka varit patient i densamma de senaste fjorton åren. Med stor förundran läser jag och hör berättas om sjukvården som ett sjunkande skepp.

Vad har hänt medan jag varit borta?

Förr fanns vårdkedjor för att rätt kunna ta hand om en patient som sökte hjälp i sjukvården. Vem patienten än vände sig till hänvisades han eller hon först till läkarbesök för undersökning, diagnos och behandlingsförslag. Doktorn, som visste mest, kunde sedan via remiss eller muntlig kontakt med sin personal ordna så att patienten fick träffa all erforderlig expertis. Det gällde andra läkarspecialister och/eller andra personalgrupper, och dessutom till dess att alla åtgärder som patienten behövde hade genomförts och vårdbehovet så långt det gick var tillfredsställt.

Vad var fel med detta?

I dag saknas vårdkedjor, i både den offentliga och den privata vården. Det är inte ens någon skillnad mellan dessa båda vårdgivare, då båda synkroniseras av landstingen och mest liknar två syskon med samma föräldrar. Var och en sköter sin uppgift, och ingen tar på sig uppgiften att diagnostisera och leda patienten rätt, ända fram till mål. Vårdgivaren tycks i dag inte ha detta uppdrag, utan stoppar i stället processen hos sig själv. Patienterna, som

enligt landstingen är lyckligt lottade, får välja vårdgivare. Det låter bra, men hur fungerar det i verkligheten?

Där patienten hamnar genom det egna valet, fastnar hon som kund. En kund släpper man inte frivilligt ifrån sig till någon annan. Så patienten går kvar tills hon inte får ut något mer av besöken. Hjälp eller ohjälp får hon sedan vandra vidare för egen maskin, utifrån egen kunskap eller tips från andra. Det kan bli en ändlös vandring, såvida hon inte råkar stöta på rätt terapeut för sin krämpa. Dyrt och onödigt, men något alternativ finns inte. Offentliganställda anklagar privata aktörer för detta beteende, men tycks inte vara medvetna om att det är lika illa i deras eget hägn.

Förr var det annorlunda, och kanske finns det fortfarande aktörer som varit med om förr? Aktörer som försöker hjälpa till som förr, men som tämligen genast stöter på patrull, vid första kedjelenken, då ingen annan tar vid där den hjälpsamme måste sluta.

Ändring måste till, så att sjukvårdens uppgift, att hjälpa patienten till god vård, uppfylls av professionen såsom den är utbildad för, och inte för att uppfylla politikerns ambitioner om framgång för egen del.

Så tolkar jag orsaken till vårt vårdkaos. Fokus har flyttats från huvuduppgiften enligt hälso- och sjukvårdslagen till ett

slags tävling mellan andra aktörer ut- anför vårdprofessionen att bygga stora hus, införa nya tekniker och satsa på forskning som omedelbart kan generera inkomster snarare än ny kunskap, och som får bekostas av sparbetning för själva vården. Genialt kanske, ur alla andras synvinkel utom patientens, som det ursprungligen handlade om.

Det behövs krafttag för att få vården och omsorgen i Sverige att hänga ihop. Tag detta krafttag, i stället för att göra om vården till något som liknas vid ett företag med tillväxtpotential! Det är den nämligen inte; den ska sörja för ett av mänsklighetens grundläggande behov för överlevnad. Och det har vi ju inte bestämt att staten ska ordna tävlingar för, eller hur? Men så har det blivit: ett race för medborgarna där den friskaste vinner och kan inhösta flest privilegier åt sina självdiagnostiserade behov. Dyrt, både vad gäller pengar och lidande för dem som ingen hjälp får. Och till vilken nytta?

Ulla Bergholm med dr, specialist i allmänkirurgi, Sigtuna; ofrivillig sjukpensionär efter trafikolycka ulla.bergholm@telia.com

Vårdkedjan är bruten.
Foto: Colourbox
Montage: Ewa Knutsson



Mer debatt på sidan 2031.