



JURIDISKA FAKULTETEN
vid Lunds universitet

Linda Olsson

“Att falla mellan stolarna”

En inblick i den svenska tvångsvården gällande LVM- och LPT.

LAGF03 Rättsvetenskaplig uppsats

Uppsats på juristprogrammet

15 högskolepoäng

Handledare: Jesper Blomberg

Termin: HT 2015

SUMMARY	3
SAMMANFATTNING	4
FÖRKORTNINGAR	5
1. INLEDNING	6
1.1 Bakgrund	6
1.2 Syfte	6
1.3 Frågeställning	6
1.4 Avgränsningar	7
1.5 Metod	7
1.6 Material	7
1.7 Struktur	8
2. LAGSTIFTNING OCH SOU 2011:35	9
2.1 Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall	9
2.2 Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård	11
2.3 SOU 2011:35 - Bättre insatser vid missbruk och beroende	12
3. INTERVJUER	13
3.1 Intervjumetod	13
3.2 Intervju 1, specialsjuksköterska inriktning psykiatri.	13
3.3 Intervju 2, specialsjuksköterska inriktning psykiatri.	15
3.4 Intervju 3, behandlingsassistent LVM-hem	17
3.5 Intervju 4, behandlingassistent LVM-hem	20
3.6 Intervju 5, rådman förvaltningsrätten	22
4. ANALYS OCH SLUTSATSER	26
4.1 Analys	26
4.2 Slutsater	30
KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING	32

Summary

The thesis is based on an interview that has the purpose to outline how legislation in force of LVM and LPT is working and if these legislations are considered to be working in relation to each other.

During the interviews it appears clear that there is a dissatisfaction over how it's working in the current situation.

It appears that people with dual diagnosis are moved back and forth between different institutions and it is unclear which one of them should really be held responsible. Something else that also becomes clear is that there is a significant lack of knowledge, above all in the care of LVM, in what the law says and how it should be applied.

Although the legislation on these two is relatively clear, it does not prevent the authorities from trying to put the responsibility on the other. A possible explanation for this may be economic reasons but also the lack of knowledge among the various authorities, making it difficult to assess and address the individual's primary care needs.

Although there was a SOU-investigation concerning shortcomings in the current compulsory treatment, the commission's proposals for improving it were not adopted.

The conclusion of it all is that in the current situation it is not working satisfactorily. It could possibly have been avoided if there had only been a responsible principal for these two laws. This also appears in the SOU-investigation, as well as, this desire to deduce from the interview responses.

Sammanfattning

Uppsatsen baseras en intervjustudie som har till syfte att redogöra för hur lagstiftning gällande LVM och LPT fungerar och om dessa lagstiftningar anses fungera i förhållande till varandra.

Under intervjuerna framgår det ett tydligt missnöje över hur detta fungerar i dagsläget. Det framkommer att människor med dubbeldiagnos bOLLAS mellan olika instanser och det är oklart vilken instans som egentligen ska hållas ansvarig.

Något annat som också blir tydligt är att det råder en väsentlig okunskap, då framför allt inom LVM-vården, i hur lagstiftningen ser ut och hur den bör tillämpas.

Trots att lagstiftningen gällande dessa två är relativt tydlig, förhindra det inte att instanser försöker lägga ansvaret på varandra. En möjlig förklaring till detta kan vara ekonomiska skäl men även den bristande kunskap som finns hos de olika instanserna, vilket gör det svårt att bedöma och tillgodose individens primära vårdbehov.

Det har gjorts en gedigen SOU-utredning angående brister inom nuvarande tvångsvård dock var utredningens förslag till förbättring inget som antogs.

Slutsatsen av det hela är att det i dagsläget inte fungerar på ett tillfredsställande sätt. Det hade möjligtvis kunnat avhjälpas om det enbart hade funnits en ansvarig huvudman för dessa två lagstiftningar. Detta framkom även i SOU-utredningen samt så går denna önskan att utläsa från intervjusvaren.

Förkortningar

HSL	Hälsa- och sjukvårdslag (1982:763)
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.
LVM	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.
LVU	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Bakgrunden till mitt ämnes val är att jag sedan sommaren arbetar inom LVM-vården. I mitt arbete stöter jag ofta på människor som även kan behöva annan hjälp än missbrukshjälp, då i form av psykiatrisk hjälp och det är inte helt ovanligt att LVM-klienter får akuta LPT under deras LVM-vård.

Jag förstår att det är en komplex situation och att det i många fall är svårt att säga vilket vårdbehov som egentligen är det primära. Det är dock komplexiteten som fångat mitt intresse och väckt funderingar över vår gällande tvångsvård.

1.2 Syfte

Syftet är att få en inblick i hur det ser ut i den svenska tvångsvården. Genom att redovisa LVM- och LPT lagstiftningen går det att se hur det är tänkt i teorin. Genom intervjuerna jämförs därefter teori och praktik för att se om där finns någon skillnad dem mellan.

1.3 Frågeställning

Jag tänker lyfta en för ämnet aktuell fråga, vilken kommer behandla svårigheten som uppstår när två tvångslagstiftningar, LVM och LPT, är tillämpliga på en individ. Frågeställningen är om de fungerar i förhållande till varandra, om det är skillnad på hur lagstiftningarna är tänkta att fungera i teorin och hur de fungerar i praktiken.

1.4 Avgränsningar

Ämnet är stort och arbetet hade kunnat behandla många fler aspekter. Dock på grund av platsbrist och tidsbrist fick jag göra urval bland material och infallsvinklar.

I de intervjuer som gjorts kommer jag att i största möjliga mån försöka fånga kunskap, erfarenhet och åsikter från de närmast berörda instanser inom valt ämne.

1.5 Metod

Den metod som använts är till största del en intervjustudie med berörda instanser inom tvångsvård gällande LVM samt LPT. Detta innefattar intervjuer med två personal från LVM-hem, två sjuksköterskor från psykiatri, samt en rådman från förvaltningsrätten.

I intervjustudien har det ställts 5 grundläggande frågor vilka kommer att redovisas under intervjukapitlet.

Tanken bakom frågorna var att få en uppfattning om vad intervjupersonerna anser om gällande lagstiftning. Hur de tycker att den fungerar och då framför allt hur de fungerar i förhållande till varandra, vilka brister och fördelar de kan se samt hur de anser att tvångsvård borde bedrivas.

1.6 Material

Material som kommer att användas är gällande lagtext angående LVM och LPT, lagkommentarer, propositioner, SOU 2011:35 -”Bättre insatser vid missbruk och beroende” samt intervjureultat.

1.7 Struktur

I andra kapitlet så kommer lagtext gällande LVM och LPT gås igenom. De paragrafer som kommer lyftas är de paragrafer som berörts under intervjusvaren.

Under detta kapitel så redovisas även SOU 2011:35, vad den innehöll och några av de förslag som framlades.

Under kapitel tre kommer intervjuresultaten presenteras.

Slutligen i fjärde kapitlet läggs analysen fram. Analysen kommer i första hand behandla intervjusvaren där det kommer göras hänvisningar till gällande lagtext samt egna funderingar kring detta.

2. Lagstiftning och SOU 2011:35

2.1 Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

I lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) finns bestämmelser angående tvångsvård av missbrukare.

I 2§ framkommer det att det är socialtjänsten som bedömer att vård enligt LVM ska ges.

Enligt 3§ LVM så är tvångsvårdens syfte att motivera och i förlängningen få missbrukaren att ta emot hjälp på frivillig väg.

Syftet som det står kan innefatta två saker, dels att få missbrukaren att leva drogfri samt att få missbrukaren att känna motivation för att ta emot hjälp.

Det syfte som väger tyngst här är att väcka en motivation till att ta emot hjälp.¹

I 4§ LVM framgår vilka kriterier som måste vara uppfyllda för att kunna omhänderta en missbrukare enligt LVM. Dessa 3 kriterier är; att det finns ett pågående missbruk, där det anses finnas ett vårdbehov, där missbrukaren inte samtycker till frivillig vård genom socialtjänstlagen eller annan hjälp, (annan hjälp kan här menas med att kriterier för LPT eller LVU är uppfyllda och då bör dessa istället prioriteras²), genom att låta detta missbruk fortgå utsätter sin psykiska och fysiska hälsa för allvarlig fara, att det finns en förutsägbarhet om att missbrukaren kommer förstöra sitt liv eller att missbrukaren är en fara för sig själv eller någon annan.

¹ Clevesköld, Lars, kommentar nr2 i 1§, Karnov, lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

² Clevesköld, a.a, kommentar nr13.

Dock ska alltid hänsyn tas till missbrukarens vilja till att ta emot hjälp på frivillig väg vilket även kommer fram i praxis.³

I sista stycket i denna paragraf anges det att det inte är något hinder att besluta om LVM även om det finns ett LPT (psykiatrisk tvångsvård) i botten och detta LPT inte förväntas pågå under längre tid.

I proposition 1990/91:58 om psykiatrisk tvångsvård diskuteras den komplicerade gränsdragningen gällande LPT och LVM. Det sägs här bland annat att det i en inledande fas av tvångsvård bör göras en bedömning huruvida det är på grund av missbruk det finns en psykisk störning eller om det är så att det är den psykiska störningen som är det primära.

När en sådan bedömning är gjord går det också att säga vilken huvudman, socialtjänst eller psykiatri, som ska ha ansvaret för klienten. Dock lyfts det även att pga resursbrister förekommer fall där det sätts LVM där vårdbehovet egentligen borde ligga under psykiatrin och vice versa.⁴

Under 27-28 §§ regleras när och hur vård under öppnare former ska planeras och verkställas. Ordalydelsen i 28 § är följande *”innan vård i annan form påbörjas skall socialnämnden, i samråd med den intagne och Statens institutionsstyrelse, upprätta en plan för den fortsatta vården”*.

I 30 § står det skrivet att det ska finnas en planering gällande fortsatt stöd efter LVM-vårdens slut. Denna planering ska innefatta boende och sysselsättning samt fortsatt missbruksvård.

Beslutande om tvångsvård görs av förvaltningsrätten i enlighet med 5 §.

³ RÅ 1990 ref.10: RÅ 1991 ref.47.

⁴ Prop. 1990/91:58, om psykiatrisk tvångsvård s.93.

2.2 Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

I lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) finns bestämmelser om tvångsvård av psykiskt sjuka. Syftet med lagstiftningen är att få patienten att medverka till frivilliga insatser angående den vård som anses behövas enligt 2§, sista stycket.

Kriterier för att uppfylla psykiatrisk tvångsvård framkommer i 3§. Patienten måste lida av en allvarlig psykisk störning och på grund av denna ha ett vårdbehov, där patienten motsätter sig vård eller pga sin störning inte anses vara kapabel att ta emot frivillig vård, som inte kan bejakas på något annat sätt än genom inneliggande tvångsvård. Man gör även här en bedömning om patienten utgör en fara för sig själv eller någon annan.

I kommentar⁵ till denna paragraf omnämns samma proposition⁶ som ovan⁷ där det redogörs för vikten av att det görs en grundlig utredning för vad det primära vårdsyftet är, LVM eller LPT.

Enligt 4, 6b§§ ska beslut om intagning tas av läkare som uträttar ett vårdintyg samt en chefsöverläkare vid psykiatrin. I 7§ anges det att ett LPT kan sättas i upp till fyra veckor innan chefsöverläkaren behöver ansöka om förlängd vård hos förvaltningsrätten.

Gällande öppen psykiatrisk tvångsvård så regleras detta i 26§.

En patient som är föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård måste hålla sig till de särskilda villkor som upprättas i en vårdplan tillsammans med patienten. Dessa villkor kan innebära att patienten sköter sin medicinering, håller kontakt med vårdinrättning eller kontaktperson, inte använder droger

⁵ Lindkvist Gylling, Cecilia, kommentar nr12, Karnov, lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

⁶ Prop. 1990/91:58, om psykiatrisk tvångsvård s.93

⁷ Se under kapitel 2.1, lag (1988:870) om missbrukare i vissa fall.

m.fl. Om patienten inte uppfyller dessa villkor kan chefsöverläkaren åter besluta om slutna vård, 26a§ . Detta beslut kräver att patienten åter igen uppfyller kriterierna i 3§ (se ovan).

Enligt 27§ ska tvångsvårdens ska upphöra så fort det inte längre finns skäl till den. Denna bedömning ska göras kontinuerligt av en chefsläkare.

2.3 SOU 2011:35 - Bättre insatser vid missbruk och beroende

År 2008 beslutades det att göra en utredning gällande Sveriges missbruksvård. Kommittén som tillsattes gjorde en omfattande utredning vilken utgjorde uppemot 1000 skrivna sidor där man la fram 70 förslag inom åtta reformområden på hur den svenska missbruksvården skulle kunna förbättras.

Under utredningens uppdrag går det att utläsa att en av tankarna bakom utredningen är att göra det tydligt vem som ska hållas ansvarig i förhållande till missbruksvård under tvång.

Ett av förslagen som redovisas på sida 39, gavs var att LMV-lagen skulle upphävas och sammanfogas med LPT-lagen. På detta vis skulle landstinget få ansvar för all tvångsvård vid psykiatrisk sjukdom vilket innebär att missbrukare således ska ses att ha behov av psykiatrisk vård.

I sammanfattningens kapitel 7 lyfts brister i nuvarande lagstiftning, där det särskilt påpekas svårighet till adekvat vård när det finns behov av missbruksvård såväl som psykiatrisk vård.

SOU:n förslag antogs inte.

3. Intervjuer

3.1 Intervjumetod

Under intervjuerna har 5 grundläggande frågor getts. Intervjupersonerna har sedan fått svara fritt på dessa frågor.

Frågorna som getts är följande;

- * Hur anser du att lagstiftningen gällande LPT och LVM fungerar?
- * Hur anser du att de fungerar i förhållande till varandra?
- * Finns det skillnader på hur de fungerar i praktik och i teori?
- * Ser du brister/fördelar?
- * Hur skulle det istället se ut?

3.2 Intervju 1, specialjuksköterska inriktning psykiatri.

Intervjupersonen arbetar på en sluten psykiatrisk avdelning. Har arbetat under många år inom psykiatrin. Är specialistutbildad inom psykiatrisk vård.

Hur anser du att lagstiftningen gällande LPT och LVM fungerar?

Jag kan inte svara på hur lagstiftningen gällande LVM ser ut då jag inte har någon kunskap om den. Det vi arbetar med här är patienter som vårdas enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) eller med LPT.

När det gäller LPT så tycker jag att det är en fungerande lag. Jag ser sällan någon som får ett LPT där det inte är befogat.

En rolig grej med det hela är att ett LPT går att överklaga till förvaltningsrätten. I mina ögon är det som ett ”spel för gallerian” då läkarens bedömning alltid vinner.

Min uppfattning är att det är svårare att få ett LVM än ett LPT då varenda LVM-plats i landet är upptagen och det är fullt med överbeläggningar. Vi har på vår avdelning 8 platser för beroendevård dock används dessa till största del av allmänna psykvården då vi har brist på platser.

Man hade aldrig behandlat folk med andra sjukdomar på detta viset. Jag menar, man lägger inte hjärtsjuka på öron,näsa,hals-avdelningen pga platsbrist inom rätt vårdavdelning.

Här upplever jag en sorts hierarki där missbrukarna alltid förlorar. De är de som först åker ut på gatan och man väljer att bortse från deras vårdbehov.

Dock är vi på väg mot en förändring där jag arbetar. Vi har slagit ihop beroendeenheten och den psykiatrisk avdelningen i alla fall till så stor del att de numer ligger i samma byggnad. Vi vill se missbruk som en psykisk sjukdom.

Hur anser du att de fungerar i förhållande till varandra?

Inte alls. Det finns inte ens något förhållande de emellan då de väl kommer till psyk och får ett LPT. Är ett LPT satt så är det den psykiska sjukdomen som behandlas och man bortser helt ifrån om där skulle finns bakomliggande orsaker som missbruk till den psykiska störningen.

Finns det skillnad på hur det fungerar i teorin och i praktiken?

LPT är endast en ramlag som bland annat är ett regelverk för hur intagning och liknande ska ske. Den har inte så mycket med behandling och vårdinsatser att göra.

Ser du några brister/fördelar?

LPT i sig fungerar och jag kan inte se någon direkt brist där. Det är en lagstiftning som är till för att skydda människor med vårdbehov och rädda deras liv.

Angående LVM tycker jag det är en brist att man inte får tvångsmedicinerna på LVM-hem. Hade detta varit tillåtet hade vi sluppit människor som åker

fram och tillbaka mellan LVM-hem och psyk. Det är ofta det kommer patienter från LVM-hem hit. Oftast sätter vi då ett LPT på dem, tvångsmedicinerar dem och efter ett par dagar görs bedömningen att de är så friska som de kan bli. Då släpper vi LPT:t och ser till att de kommer tillbaka till LVM-hemmet.

Hur skulle det istället se ut?

Den enda önskan jag har är att det skulle finnas mer resurser. Just nu känns det som att vi går på knäna och inte riktigt vet vad vi sysslar med.

3.3 Intervju 2, specialjuksköterska inriktning psykiatri.

Intervjupersonen arbetar inom öppen psykiatrisk tvångsvård. Har arbetat under många år inom psykiatrin. Är specialistutbildad inom psykiatrisk vård.

Hur anser du att lagstiftningen gällande LPT och LVM fungerar?

Jag kan endast svara på lagstiftning angående LPT. Det har vi fortlöpande utbildning i. I LPT är det en chefsöverläkare och en läkare som gör bedömning om LPT behöver sättas. Detta ska sedan omprövas med jämna mellanrum. Här är man väldigt duktig på omprövningen då vi har en chefsöverläkare direkt kopplad till oss.

På andra avdelningar kan jag uppfatta det som att omprövningen inte fungerar som den ska och ibland kan jag ifrågasätta behovet av ett långvarigt LPT.

Jag kan även anse att det är för mycket tvång under tvånget och att restriktionerna är för hårda. Här bedriver vi LPT under öppenvård vilket gör att vi har det mycket friare. Det fungerar för oss, varför skulle det då inte fungera på andra ställen.

Hur tycker du att de fungerar i förhållande till varandra?

På vår avdelning får vi aldrig in patienter som har LVM. Dock har vi återkommande patienter där det är drogutlösta psykosor där man klart kan säga att det primära problemet är ett missbruk och att patienten istället borde sättas på ett LVM. Vid dessa tillfälle informerar vi berörd socialförvaltning med vår bedömning men det händer ändå inget. Förmodligen då socialtjänsten ser det som att patienten redan vårdas och därmed ser de även att ”problemet” är ur världen.

Finns det skillnad på hur det fungerar i teorin och i praktiken?

Har du en läkare som faktiskt förstår att det är ett enormt ansvar att vårda någon under LPT är mycket vunnet, om inte allt. Man ska inte beröva någon frihet utan att verkligen förstå vad det är man gör. Det är en kränkning mot personen i fråga, en nödvändig sådan. Allt är upp till läkarbedömningen. Läkaren måste verkligen ha insikt i patienten och inte utfärda LPT på slentrian.

Ser du brister/fördelar?

Den brist jag kan se är det som jag redan nämnt. Om läkaren inte är tillräckligt insatt i patienten, inte lyssnar och pratar med patienten och gör inte gör en bedömning utifrån detta material utan endast går på gamla uppgifter är det ett rent maktmissbruk och detta får inte förekomma. Det finns tillfällen då patienter har vårdats under LPT alldeles för lång tid, av fel anledningar och där man använder lagen på ett sätt som den inte är tänkt att användas.

Fördelen med LPT är att det finns människor som inte förstår att de är i behov av hjälp. De har ingen som helst sjukdomsinsikt och förstår inte att de utgör en fara för sig själv eller för andra. Utan tvång så får dessa människor

ingen vård, där är LPT bra. Dock ska det utvärderas kontinuerligt, lika snabbt som det kan sättas in så ska det plockas bort.

Det är även en stor brist att ingen vill ta ansvar för patienter med dubbeldiagnos (psykisk sjukdom och missbruk). Sjukvården vill inte ta hand om patienten för att där finns ett missbruk och socialtjänsten vill inte ta hand om patienten för att där finns en psykisk sjukdom.

Hur skulle det istället se ut?

Det finns ställen i andra delar av Sverige där det är ett mycket större samarbete mellan socialtjänst och sjukvård. De har personal som enbart arbetar med samordning och insatser mellan de olika instanserna. Så skulle det vara även här.

Det borde finnas en form av gemensam vård för de patienter som har en psykisk sjukdom och ett missbruk där ansvarsfördelningen tydligt kommer fram.

3.4 Intervju 3, behandlingsassistent LVM-hem

Intervjupersonen har arbetat inom missbruksvård under 11 år, 4 av dessa år inom LVM-vård. Har ingen utbildning inom missbruksvård.

Hur anser du att lagstiftningen gällande LVM och LPT fungerar?

LVM är för missbruket och LPT är för de psykiskt sjuka. Det är allt jag kan säga om lagarna.

Hur tycker du att de fungerar i förhållande till varandra?

Det finns inget som helst samarbete mellan dem, utan tvärtom, det är ett motstånd till samarbete. Psykiatrin vill helt avsäga sig ansvar för klienter med missbruksproblem och socialen vill avsäga sig ansvar för klienter med psykiska besvär.

Finns det skillnader på hur det fungerar i teorin och i praktiken?

Absolut, det är en stor skillnad. Lagen har satt upp en modell som ska fungera på en grupp människor där man glömmer att människor är individer med olika behov. Det sägs att det ska upprättas en behandlingsplan för klienten när de kommer in på LVM. Detta görs men bara på ren rutin. Man tar inte alls hänsyn till vad klienten vill utan går endast efter det som är upphandlat på kommunen. Klienten har inget att säga till om alls. Vi bedrivet inte vård där jag arbetar, det är en förvaringsplats helt och hållet.

Ser du brister/fördelar?

Det finns inget som helst samarbete med psykiatrin. Vi får även ofta in klienter med tydliga psykiska störningar. Då är vi helt handfallna, vi har ingen utbildning i psykiska sjukdomar, ofta inte ens utbildade inom missbruksvård. Efter ett tag kör vi dem till psyket och i bästa fall får de stanna där ett par dagar.

Det är ett bollande med människor. Så fort de fått medicin på psyke och är s.k så friska som de kan bli, skickas de tillbaka till oss. I början är de lugna men så fort medicinerna som de fått på psyk går ur dem blir de psykiskt sjuka igen. Det är väldigt många som sitter på LVM men som istället borde ha ett LPT.

Under mina år har jag endast varit med om ett LVM som omvandlas till LPT. Min uppfattning är ändå att det borde vara många fler. Kan jag som lekman se skillnad på psykisk sjukdom beroende på missbruk eller på ett missbruk där det i botten är en psykisk störning så borde ju de professionella kunna göra det. Jag tänker då på socialförvaltningen eller sjukvården.

Hos oss görs det en bedömning om klienten är i behov av psykologkontakt, vi skriver då in det i behandlingsplanen, lyfter det med vår psykolog som är hos oss en gång i veckan och därefter får klienten själv bestämma om den är villig att ta emot denna hjälp eller inte. Är klienten skötsam kommer inte ens frågan upp, oavsett om man vet att klienten har psykiska diagnoser.

Lagstiftningen kan jag som sagt inte varken gällande LVM eller LPT. Men där finns en tydlig brist i samarbetet gentemot socialförvaltningen och LVM-hemmet. Socialförvaltningen tycker att de gjort sitt då klienten befinner sig på LVM-hem och att LVM-hemmet ska ta fullt ansvar för klienten. Det ska ju finnas ett samarbete oss emellan.

Om inte LVM-hemmet propsar för en gemensam planering så sker ingen sådan heller. Det är ofta som vi bara öppnar dörren för klienter som suttit av sin tid och släpper ut dem till ingenting. Det finns som sagt ingen planering och vi vet att klienterna går rakt ut i missbruk igen. Det känns väldigt onödigt.

Om där finns en planering så är denna oftast utifrån vad socialen vill och inte klienten. Socialen bryr sig inte om klientens vilja utan endast om vilket behandlingshem som de har avtal med och det är också det de erbjuder klienten. Vill inte klienten ha den vård som erbjuds släpps klienten vind för våg.

Fördelarna med ett LVM är att klienten får ett avbrott i sitt missbruk. Att ett LVM för stunden räddar liv och i bästa fall kan man även motivera klienten till behandling under öppnare former.

Hur skulle det istället se ut?

Det borde finnas en annan lagstiftning. Där man ser till individens behov och inte enbart rättar sig efter kommunernas upphandling. Vi skulle jobba vägg i vägg med psykiatrin, där det borde finnas professionell kunskap om både missbruk och psykiska sjukdomar. Det skulle direkt göras bedömningar om det primära problemet är missbruk eller psykisk sjukdom.

3.5 Intervju 4, behandlingssistent LVM-hem

Intervjupersonen har arbetat inom kriminalvården i 7 år och inom missbruksvård det senaste året. Har ingen utbildning inom missbruksvård.

Hur anser du att lagstiftningen gällande LVM och LPT fungerar?

Hur menar du när du säger lagstiftning? Om du menar de kriterier som ska uppfyllas för att få ett LVM så tycker jag att det fungerar. Det har jag sett. Om lagstiftningen i sig kan jag inget.

Hur tycker du att de fungerar i förhållande till varandra?

Som sagt kan jag inget om de olika lagarna men jag vet ju hur det fungerar på min arbetsplats. Om jag tittar på det från det hållet istället så tycker jag inte alls att de fungerar i förhållande till varandra.

Jag har stött på massor av klienter som är psykiskt sjuka och borde ha ett LPT istället för LVM. Det finns massor av klienter som hamnar mellan stolarna.

Klienternas uttrycker det själva som ”ingen vill ha med mig att göra, psyk vill inte ha mig och LVM-hemmet vill inte ha mig”. Det är hemskt att vi behandlar människor på detta vis.

Om jag märker att en klient är i behov att komma iväg till en psykiatrisk bedömning så går jag till min chef och berättar om det. Han i sin tur tar väl kontakt med klienten för att göra en bedömning. Det är inte så att det tystas ner utan mer så att man drar ut på det. Ibland har jag fått sitta med klienter i timmar, för att trösta eller lugna ner, innan vi har kommit iväg till sjukhuset. Vi har inte personal tillräckligt för att åka till sjukhus och i de flesta fall så bedöms det vara tillräckligt med att sätta in en tillsyn var 15 minut. Det innebär att vi i personalen tittar till klienten med 15 minuters mellanrum och då är tanken att vi ska förhindra att de skadar sig själva.

Många av våra klienter uttalar självmordstankar och det händer också ofta att klienten försöker ta sitt liv. Jag har själv varit med om incidenter där vi har fått plocka ner klienter från snaror som de gjort för att hänga sig själva. Då kommer de iväg till psyk där det görs en suicidbedömning.

I de flesta fall får då klienten ett LPT och blir inlagd. Då kan vi i personalen andas ut under en kort tid, samla kraft och göra upp en strategiplan för hur vi ska ta hand om klienten när den kommer tillbaka.

Oftast är LPT bara under en kort tid och är snart tillbaka hos oss igen. Så rullar det på, med återkommande suicidförsök eller aggressivt utåtagerande. Vi kör dem fram och tillbaka mellan oss och psyk. Det är under all värdighet. Vi behandlar dem som djur.

Finns det skillnad på hur det fungerar i teorin och i praktiken?

Ja det finns stor skillnad. Teorin är att LVM-hemmet ska uppfylla vissa krav inom utsatt tid, som tex en behandlingsplan, det ska levereras, vilket det i princip aldrig görs. Det finns inte tid, resurser och tillräckligt med kunskap. Vi fyller i rutinmässiga formulär med standardfrågor och det framkommer egentligen inget direkt individuellt om klienten, utan bara en massa generella svar. Behandlingsplanen ska sedan gås igenom med klientens socialsekreterare för att bedöma vad som är lämplig fortsatt vård för klienten. Det har jag aldrig varit med om att det gjorts.

Ser du brister/fördelar?

Det är alldeles för få med missbruksutbildning bland personalen där jag arbetar. Jag har inte själv någon utbildning. I en personalstyrka med uppemot 50 personer så är det kanske 50% av dessa som har adekvat utbildning.

Jag tänker, LVM - lagen om vård av missbrukare, det var det jag trodde det handlade om. Om vård. Om att hjälpa människor till ett värdigt liv.

Jag är förbluffad över antalet missbrukare med psykiska problem som inte får någon hjälp genom LVM. Jag kan inte mycket om lagstiftningen, det kan

jag inte. Men jag tänker att man tar inte den psykiska ohälsan på allvar. Lagen är helt för generaliserande, den ser inte till individen, till alla behov som kan tänkas finnas. Någonstans tänker jag att de olika instanserna inte samarbetar för att det finns ingen kommunikation mellan psykiatri och LVM-hemmet.

Fördelen med ett LVM är helt klart att den räddar liv. Det är en sista nödåtgärd när en människa håller på att ta livet av sig genom sitt missbruk.

Hur skulle det istället se ut?

Det måste från början utredas om det handlar om missbruk eller om psykisk sjukdom. Detta borde göras på en enhet som är specialiserade inom båda ämnena. Därefter skulle bedömning göras vilken vård som bör tillämpas.

3.6 Intervju 5, rådman förvaltningsrätten

Intervjupersonen jobbar som rådman på en av Sveriges förvaltningsrätter.

Hur anser du att lagstiftningen gällande LVM och LPT fungerar?

Det är lagstiftningar som handlar om att skydda individen eller samhället. Enligt min uppfattning så fungerar de som de står skrivna nu.

Hur tycker du att de fungerar i förhållande till varandra?

Det är svårt att veta vad som är orsak och verkan. Är det droger som skapat en psykisk ohälsa eller har den funnits där från början.

Det finns fall där personer faller mellan stolarna då det är så att dessa personer kostar samhället pengar. Det är olika huvudmän inom sjukvården och inom LVM-vården. Det kan vara en vinst, eller rättare, det är en vinst för en huvudman vid en institution att lämna över betalningsansvaret till en annan huvudman vid en annan institution.

Ska ett LVM konverteras till ett LPT så måste det komma upp hos oss i rätten då alla konverteringsbeslut ska underställas oss. Jag har endast varit

med om ett sådant konverteringsbeslut under alla mina verksamma år. Med andra ord, det kan inte vara speciellt vanligt.

Sen är det även så att ett vanligt intagningsbeslut gällande LPT som varar mindre än fyra veckor inte behöver bedömas av oss så det finns förmodligen ett mörkertal angående dessa LPT.

Finns det skillnad på hur det fungerar i teorin och i praktiken?

Att ha LPT under öppenvård är fullkomligt obegripligt. Det är frivilligt tvång. Det hänger ihop med att förr gav man LPT-patienter väldigt långa permissioner, nästan lika långa som fram till nästa prövning om vården skulle bestå eller inte, alltså nästan 6 månader. Man ville inte ha det på detta sätt och då införde man LPT under öppenvård.

Med öppenvård menas då att det ligger utanför sjukhuset.

För att få LPT under öppen vårdsak behovet av att vara på sjukhus ha upphört men det ska finnas ett kvarstående behov om att iaktta vissa villkor, då oftast medicinering. Dessa villkor kan även innefatta att sköta kontakt med öppenvården, dyka upp en gång i veckan osv. Man ska helt enkelt följa de villkor som satts upp.

Det är öppenvård under tvång som bygger helt på frivillighet för även om där ligger ett LPT i botten så kan ingen tvinga patienten att ta sin medicinering, de kan lirka med dem, tjata på dem men aldrig tvinga dem. De kan inte heller straffa dem och säga ”att om du inte tar din spruta så tar vi in dig på slutna vård igen”.

Patienten måste först återinsjukna så pass att det uppstår ett behov av inlagd vård. Detta är oftast inte patienten medveten om och det är inget som vi direkt upplyser dem om heller. Det finns en fördel med att de tror att de måste ta sin medicinering. Dock rent lagmässigt så finns där ingen konsekvens för patienten om den inte uppfyller villkoren som satts upp. Så egentligen är det helt verkningslösa villkor. Det är nog den enda skillnaden jag kan se i teori och praktik.

Ser du några brister/fördelar?

Brister - vill jag framhäva en lagstiftning med brister så är det LVU, det har dock även lite med LPT att göra.

Det finns ungdomar inom vården för LVU med stöd av 3§ - alltså den unges eget beteende, missbruk av beroendeframkallande medel eller så utför de brottslig verksamhet. Detta är rätt lätt att avgöra.

Men så kommer slasktratten, som egentligen inte får vara en slasktratt, annat socialt nedbrytande beteende. Vad är då annat socialt nedbrytande beteende? Tittar man på de gamla föråldrade förarbetena, så står det att den unge uppträder på sexklubb, såna mål finns ju i princip inte idag, sen nämner man även prostitution, sen finns det också att de är farliga för sig själva.

Det finns ett fall från 2010⁸ där en flicka på ca 16-17 år har ett väldigt utåtagerande beteende, hon slogs, hotade o bar sig illa åt.

Problematiken uppstod i att flickan hade neuropsykiatriska diagnoser. Då menade rätten att om beteendet enbart är ett utflöde av de här diagnoserna så är det inget socialt nedbrytande beteende. Och här drar man gränsen mellan för vem som ska svara för den hjälp som flickan behövde.

Har du en neuropsykiatrisk störning fastställd så det alltså sjukvårdens ansvar att se till att man får hjälp och det finns tvångslagstiftning där att tillgå i form av LPT. Det är alltså inte meningen att det då ska bli ett LVU . Där har du de som hamnar mellan stolarna.

Detta har varit föremål för utredning flera gånger där man ville föra in, särskilt för flickor med självskadebeteende, i LVU -lagen. Men man har hårdnackat sagt nej till detta och separerat de som ska svara för de insatser som behövs. För om man skulle få in dem i LVU eller under socialtjänsten så måste socialtjänsten skaffa sig resurser för detta och det har man inte. Den har man i landstingen. Så LVU behöver man se över för att få in de människor som riskerar att dö för hur de betar sig.

⁸ RÅ 2010 ref 24.

Fördelarna med de två lagstiftningarna som du tagit upp är väl att de alltid måste finnas i någon slags form. Det kommer alltid finnas människor som är i behov av hjälp och aldrig skulle ta emot den om de inte tvingades. Så det behövs både LPT och LVM för att annars skulle många människor gå under.

Hur skulle det istället se ut?

Det skulle varit bra om det varit samma huvudman som svarar för sjukhusvården som missbruksvården. Det är det jag tror hade varit jättebra och detta hade även gjort så att människor inte föll mellan stolarna.

4. Analys och slutsatser

4.1 Analys

Huvudsyftet med uppsatsen var att redogöra för vad lagstiftningarna angående LVM och LPT säger. Hur de fungerar i praktiken och hur de olika instansernas erfarenhet och kunskap är.

Det som främst har fångat min uppmärksamhet är hur bristfällig kunskapen om lagstiftning är hos de jag har intervjuat. Hos specialsjuksköterskorna fanns det till viss del kunskap om den lagstiftning. LPT, de arbetar inom.

Hos personalen inom LVM-vården har jag upprepade gånger fått svaret att de inte kan något om varken LVM- eller LPT-lagstiftningen. De kan endast hänvisa till de rutiner som de har på sin arbetsplats. Oftast kan alltså inte LVM-personalen knyta dessa rutiner till lagstiftning. Enligt min mening handlar detta mer om deras okunskap gällande lagstiftningen än att LVM-institutionen inte skulle följa lagstiftningen.

Frågeställningen är om de olika lagstiftningarna gällande LPT och LVM fungerar i förhållande till varandra. Detta har ställts som en direkt fråga under intervjuerna och svaren som har getts har varierat något men till största delen finns det en uppfattning om att de *inte* fungerar i förhållande till varandra.

Inom psykiatrin är det ena svaret att det inte finns något förhållande (se intervju 3.2. intervju1) och man behandlar endast den psykiska sjukdom som LPT är satt för även om denna är drogrelaterat.

Under intervjun framkommer det även att det ofta kommer LVM-klienter till psykiatrin för bedömning om deras psykiska hälsa. Dessa bedömningar leder i stor del av fallen till ett kortare LPT.

Under kapitel 2.2 har det redovisats för att under 7§ LPT kan ett LPT sättas i upp till fyra veckor utan bedömning av förvaltningsrätten.

I kap 3.3, intervju 2, möter inte sjuksköterskan LVM-patienter. Dock ser hon många LPT-patienter med LVM-behov. Hon upplever det som att när patienten redan är under pågående LPT-vård vill inte socialtjänsten bistå med resurser trots orosanmälningar från psykiatrin.

En brist inom vården som båda sjuksköterskorna tar upp är att det är svårt att få LVM och LPT att samarbeta på ett fungerande sätt med varandra. Detta gäller framför allt patienter med dubbeldiagnos.

Båda sjuksköterskorna anser att fördelen med LPT-vård är att det går att hjälpa de människor som pga av sin psykiska störning inte kan tillgodose sina vårdbehov.

Vid fråga på hur det istället skulle se ut är det tydligt från båda, att fler resurser önskas framförallt till patienter med dubbeldiagnos.

När behandlingsassistenterna svarar på frågan om hur de tycker att lagstiftningarna fungerar i förhållande till varandra (se kap 3 intervju 3 och 4) är deras svar entydigt. Deras uppfattning är att de inte alls fungerar i förhållande till varandra. Den ena anser tom att det finns ett motstånd till samarbete mellan psykiatri och socialtjänst.

Båda behandlingsassistenterna tycker att LVM-lagen är alldeles för generaliserande och inte ser till den enskildes behov.

Under intervjuerna har det framkommit att det mellan LVM-klienten, socialnämnden och LVM-institutionen ska upprättas en behandlingsplan för lämplig fortsatt vård. Detta går att återfinna under 27-28§§ LVM.

Den ena behandlingsassistenten uppger att hen aldrig har sett detta göras och den andra behandlingsassistenten säger att om inte LVM-hemmet trycket på att en gemensam planering ska göras, så sker inte detta heller.

I ena intervjun framkommer det även att det ofta sker att LVM-klienter släpps ut utan planering vid vårdtidens slut.

I 30§ LVM finns det bestämmelser angående fortsatt planering gällande boende, sysselsättning och fortsatt missbruksvård.

Min tanke angående detta, att 30§ LVM inte alltid uppfylls, kan bero på att klienten själv motsatt sig vidare planering och behöver inte handla om att lagstiftningen inte följs.

Några brister de båda tar upp är att det inte finns något fungerande samarbete mellan LVM-hem och psykiatri. Samt så uppfattar de även att de ofta har LVM-klienter som egentligen är i behov av vård enligt LPT.

Dessa klienter bollas fram och tillbaka mellan dessa två instanser.

Något annat som kommer upp är även att det inte krävs någon utbildning, varken inom missbruk eller psykiatri, för att arbeta inom LVM-vård.

I ena intervju sägs det att det inte är mer än hälften av personalen som är utbildad inom missbruksvård eller någon form av psykiatrisk vård.

Båda två uttrycker ett stark missnöje över hur LVM-vården fungerar. Den ena säger att det inte finns någon vård utan är helt och hållet en förvaringsplats och den andra uttrycker att klienter behandlas som djur.

De fördelar som lyfts är att LVM trots allt, tillfälligt räddar liv och ger möjlighet till motivation inför fortsatt vård. Detta är överensstämmande med 3§ LVM.

När frågan ställt, hur det istället skulle se ut, menar båda att det behövs bättre utredningar gällande det primära vårdbehovet hos klienten och därefter bör det beslutas om under vilket lagrum klienten faller.

Detta behov går att utläsa genom prop. 1990/91:58 som tidigare har redovisats (se sida 9-10).

Rådmannen från förvaltningsrätten anser att LVM- och LPT-lagstiftningen fungerar så som de står skrivna.

På frågan om lagstiftningarna fungerar i förhållande till varandra uppstår en viss tvekan i svaret. Hen uttrycker att det är svårt att veta vad det primära vårdbehovet egentligen består i och att detta gör att det finns fall där personer faller mellan stolarna då de vårdas inom fel lagrum.

Hen nämner också att där kan finnas en ekonomisk aspekt som påverkar besluten angående vilken tvångsvård som ska tillämpas.

Trots att det under tidigare intervjuer framkommit att det anses finnas flertalet av tvångsvårdade under fel lagrum så har rådmannen endast stött på ett fall där ett LVM konverterats till LPT.

Den skillnad hen kan se i hur det fungerar i teorin och i praktiken, är att hen anser att LPT under öppen vård är obegriplig då de föreskrivna villkoren inte följs av några konsekvenser om de inte uppfylls.

På frågan om det det finns några brister lyfter hen att det finns brister inom LVU (se sida 21). Då detta inte är relevant för analysen i sig kommer det inte redogöras närmre här.

Rådmannen anser att det finns ett behov för både LMV och LPT och att fördelen med dem är att de gör att man kan hjälpa människor som inte inser sitt eget vårdbehov.

För att folk inte ska falla mellan stolarna tror rådmannen att det hade varit bra om det enbart var en ansvarig huvudman för instanserna som berörs av LVM och LPT.

4.2 Slutsater

Det framkommer tydligt att alla instanser upplever brister i sin vård. Människor med dubbeldiagnos bollas mellan olika instanser och ingen vill egentligen ta något ordentligt ansvar.

Trots att det i prop. 1990/91:58 står skrivet att det ska göras en initial bedömning av klientens vårdbehov får jag återkommande information under intervjuerna att någon sådan bedömning sällan görs.

Det får mig att undra var det fallerar. Beror det på den okunskap som råder hos personalen på de olika institutionerna. Det bör här tilläggas att båda behandlingsassistenterna uppgett under sina intervjuer att de har varken utbildning eller kunskap angående LVM eller LPT. Man kan tycka att personal som arbetar på ett LVM-hem åtminstone bör ha insikt i hur lagstiftningen, som de vårdar under, ser ut och fungerar.

Eller är det så att det är ekonomiska begränsningar, vilket rådmannen såg en koppling till, som sätter stopp för den vård individen har behov av.

Jag anser att man kan utläsa genom intervjuvaren att då en person redan vårdas inom ett lagrum är det lätt för övriga instanser att frånsäga sig ansvar gällande ett eventuellt vårdbehov under annat lagrum.

Då syftar jag mest till de LVM-klienter som får återkommande kortvariga LPT under sin LVM-vård.

Det framkommer också att det antas förekomma ett stort mörkertal hos förvaltningsrätten vid dessa situationer. Detta beror på att dessa kortvariga LPT inte går upp i rätten och därav inte heller blir ordentligt utreda.

Även jag tror att det är den ekonomiska aspekten som är bidragande till de olika instansernas ovilja att ta ansvar. Särskilt i de fall när inte tydligt går att avgöra vilken lagstiftning som egentligen bör tillämpas.

Jag har under kapitel 2.3, i väldigt korta ordalag, tagit upp SOU 2011:35. Denna utredning kom fram till att det måste tydliggöras vem som ska hållas ansvarig under tvångsvård.

Ett av förslagen angående detta var att LVM-lagen skulle integreras med LPT-lagen. Genom denna integrering skulle det endast finnas en huvudman ansvarig för tvångsvård och denna skulle vara landstinget.

Just detta med en huvudman är det rådmannen svarade på frågan hur det istället skulle se ut, vilket hen ansåg vara behövt för att människor inte skulle falla mellan stolarna.

I det stora hela tycker jag att LVM- och LPT-lagstiftningarna är välskrivna och så länge de följs så som det är skrivet så borde de fungera på de olika vårdbehov som de innefattar. Problematiken uppstår när detta inte görs.

Jag kan se en klar fördel med att det endast borde finnas en ansvarig huvudman oavsett om det handlar om LMV eller LPT. Detta borde hjälpa till att förhindra att människor med dubbeldiagnos slussas fram och tillbaka mellan olika instanser. Med en ansvarig huvudman kan instanserna istället lägga fokus på att göra ordentliga utredningar där det framkommer vilket det primära vårdbehovet hos individen är.

Slutsatsen av det hela är att det inte fungerar på ett tillfredsställande sätt idag där instanser har möjlighet att undvika ansvar.

Möjligtvis borde det övervägas om några av de förslag som lades fram i SOU 2011:35 åter skulle lyftas och antas.

Käll- och litteraturförteckning

Källor

Otryckta källor

2 intervjuer med behandlingsassistenter från LVM-hem

2 intervjuer med specialjuksköterskor inom psykiatri

Intervju med rådman från en av Sveriges förvaltningsrätter

Tryckta källor

Statens offentliga utredningar

SOU 2011:35 Bättre insatser vid missbruk och beroende

Propositioner

Prop. 1990/91:58 Om psykiatrisk tvångsvård

Rättsfall

RÅ 1990 ref 10

RÅ 1991 ref 47

RÅ 2010 ref 24

Elektroniska källor

Clevensköld, Lars, kommentar 2 + 13, Karnov, lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, <https://pro-karnovgroup-se.ludwig.lub.lu.se:2443/document/696386/1?frt=behandlingsplan#SFS1988-0870-annotations-KAR>, hämtad den 5 januari 2016.

Lindkvist Gylling, Cecilia, kommentar 12, Karpov, Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, https://pro-karnovgroup-se.ludwig.lub.lu.se:2443/document/529182/1?frt=f%C3%B6rvaltningsr%C3%A4tten+#SFS1991-1128_K0_P3-annotations-KAR, hämtad den 5 januari 2016.