

Överdödlighet och upprepade LVM-domar bland tvångsvårdade missbrukare

Åke Bergmark

Den svenska tvångsvården av missbrukare medger ett frihetsberövande med få motsvarigheter i andra länder. Bakom vår långtgående tvångslagstiftning ligger ambitionerna att vilja rehabilitera människor med ett tungt missbruk eller, på en något lägre ambitionsnivå, åtminstone hindra dessa från att supa eller knarka ihjäl sig. Legitimiteten i åtgärden vilar således på dess avsedda positiva effekter, ett faktum som kan anses besvärande då empiriskt stöd för att sådana föreligger i allt väsentligt saknas.

Området ifråga är dock inte särskilt väl utforskat. Totalt sett råder en mycket stor osäkerhet om vilka effekter LVM-vården egentligen har. I föreliggande artikel studeras två omständigheter som emellanåt utpekats som möjliga indikationer på vårdens effektivitet: överdödlighet och förekomst av upprepade LVM-domar. I ett första steg görs en beskrivning av vilka mönster som kan iakttas för gruppen som helhet och ur delgrupper av densamma. I ett andra steg görs ett försök att med hjälp av regressionsanalys identifiera omständigheter som kan predicera ett mer eller mindre "lyckat" behandlingsutfall. Artikeln avslutas med en diskussion om vad de iakttagna resultaten mer generellt kan säga oss om LVM-vårdens förmåga att rehabilitera eller rädda livet på de tunga missbrukarna.

Åke Bergmark är fil. dr i socialt arbete och verksam som forskare vid institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.

Inledning

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) trädde i kraft 1982. Lagen ger samhället möjlighet att beröva en enskild människa hennes frihet på grund av ett allvarligt alkohol- eller narkotikamissbruk. Sedan lagen reviderades 1989 kan i dag en missbrukare underkastas tvångsvård upp till sex månader. Vård med stöd av lagen skall beslutas om den enskilde till följd av sitt missbruk "utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller kan befaras komma att skada sig själv eller någon närstående" (1).

LVM kan betraktas som den mest kontroversiella av de lagar som reglerar den svenska socialvårdens verksamhet. Det grundläggande frihetsberövandet har på 474

många håll mött stark kritik och själva vårdens förmåga att påverka de intagnas missbrukssituation har allvarligt ifrågasatts. Inför revideringen av lagen 1989 gjorde den s k Socialberedningen en genomgång av vilka erfarenheter som så långt fanns av den aktuella vårdformen (2). Till övervägande del gav det insamlade materialet en mer eller mindre negativ bild av tvångsvårdens resultat, vilket dock inte hindrade beredningen från att föreslå en utökning av såväl vårdtider som möjligheterna att ingripa med stöd av lagen.

Några mer genomgripande och forskningsmässiga utvärderingar av LVM-vårdens kvaliteter finns egentligen inte. De uppföljningar som gjorts avseende klienternas missbruk efter det att tvångsvården avslutats visar relativt tydligt att de allra flesta mycket snart återfaller i missbruk (3,4). Resultat som antyder en viss förbättring avseende missbruk och social anpassning har dock tagits fram inom Stockholms socialförvaltning (5,6).

Sammantaget råder dock en mycket stor osäkerhet om vilka effekter LVM-vård egentligen har. Ett par mer objektiva omständigheter som emellanåt utpekats som möjliga indikationer på vårdens ineffektivitet är *dödligheten* och mönstret av *upprepade LVM-domar* inom gruppen. Inte heller här finns mer utvecklade analyser att tillgå, men av såväl officiell statistik som data i olika undersökningar kan man sluta sig till att återkommande domar är mycket vanligt förekommande och att dödligheten för de LVM-dömda är mycket hög (7,8).

Syftet med föreliggande artikel är att närmare belysa mortaliteten och mönstret av upprepade LVM-domar i en grupp av tvångsvårdade missbrukare. De bägge företeelsernas kvaliteter som *mått på* effektiviteten i vården diskuteras också, men något försök att mer grundläggande försöka utvärdera vården genom att i detta sammanhang oreserverat behandla dem som effektvariabler är inte aktuellt.

Dödlighet och upprepade LVM-domar

I en lång rad undersökningar har visats att dödligheten bland alkoholister är avsevärt högre än i den övriga

befolkningen. Överdödligheten är emellertid av varierande storleksordning i olika material, vilket bl a sammanhänger med att de undersökta grupperna sinsemellan skiljer sig åt i olika avseenden. Ser vi till de undersökningar som genomförts i Sverige de tre senaste decennierna så ligger den relativa dödsrisken bland alko-holmissbrukarna mellan 1,6 och 5,6 gånger över normalbefolkningens (9-15). Där dödsorsakerna är studerade finner man att de i hög grad är koncentrerade till alkoholrelaterade diagnoser som alkoholism, alkohol-förgiftning, skrumplever, bukspottskörtelinflammation samt med livsstilen och den utsatta situationen förenade orsaker som självmord, skador och olika fall av våldsam död (6). Dödligheten bland narkotikamissbrukare är inte lika väl dokumenterad, men de undersökningar som finns visar ändå på en betydande överdödlighet som sannolikt ligger högre än alkoholmissbrukarnas (16-19). Beräkningar av överdödligheten särskilt för *LVM-klienter* har hittills aldrig gjorts vare sig för alko-hol- eller narkotikamissbrukare.

Vad kan då generellt sägas om överdödlighet som uttryck för eller mått på missbrukarvårdens ineffektivitet? Att dödligheten för grupper av missbrukare kvarstår som kraftigt förhöjd också *efter* det att de genomgått olika behandlingar är naturligtvis ur ett övergripande perspektiv ett misslyckande. Fortsatt överdödlighet indikerar ett fortsatt intensivt missbruk och att vårdens långsiktiga *rehabiliterande* effekter är begränsade eller t o m obefintliga. Utöver rehabiliteringsaspekterna framhålls också emellanåt de *livsuppehållande* och om-vårdande aspekterna som argument för att tillgripa tvång-vård, ofta som en direkt ersättning för de mer reha-biliteringsinriktade ambitionerna. Ur detta perspektiv är en oförändrat hög dödlighet ett än mer direkt uttryck för de genomförda insatsernas otillräcklighet.

En grundläggande metodisk reservation måste dock göras när det gäller förutsättningarna att värdera vårdens effektivitet med utgångspunkt från den efterföljande dödligheten. Det finns alltid en möjlighet att överdödligheten kommit att bli *ännu* högre om ingen behandling satts in. Förutsättningarna att i forskning kontrollera detta är i regel små. Att identifiera eller

tillskapa jämförbara grupper som *inte* får någon behandling är av etiska och forskningsmässigt-metodologiska skäl mycket svårt, i synnerhet när det gäller en så extremt utsatt grupp som LVM-klienter. Med detta kvarstår alltid möjligheten att värden kan ha haft en viss effekt på såväl rehabilitering som överlevnad. En i stora delar ineffektiv vård kan därför finna legitimitet i möjligheterna att den i enstaka fall kan åstadkomma positiva förändringar som annars inte ägt rum.

Att klienter återkommer för LVM-vård ett flertal tillfällen är ett annat möjligt uttryck för vårdens tillkortakommanden. I samband med revideringen av LVM i mitten av 80-talet gjorde SCB en granskning av hur ofta tidigare dömda klienter återkom i vård under perioden 1982 till 1985. Av sammanlagt 820 klienter med LVM-domar under 1982 blev 47 procent föremål för ytterligare minst en intagning under den följande fyra-årsperioden (2). Tio procent dömdes ånyo enligt LVM i genomsnitt en gång per år eller mer under uppföljningen. I Petterssons studie av LVM-dömda klienter i fyra svenska kommuner framträder ett likartat mönster (7).

Upprepade domar vittnar på samma sätt som kvarstående överdödlighet om mer grundläggande brister i vårdens rehabiliterande förmåga. I klartext betyder det att ansefnliga andelar av klienterna efter avslutad behandling fortsätter ett mycket tungt missbruk och att de inte motiveras till frivillig behandling.

Om man vänder på resonemanget kan man fråga sig om det faktum att en klient *inte* återkommer kan tas som intäkt för att värden haft en viss grad av framgång. En närmare betraktelse av de skäl som utöver minskat eller upphört missbruk kan ligga bakom frånvaron av nya domar manar dock till viss försiktighet med den typen av slutsatser. En omständighet, som är direkt kontraindicerande i förhållande till "lyckad" behandling, är att klienten kan ha *avlidit* och därför aldrig blivit aktuell för ytterligare domar. I Petterssons ovan refererade undersökning visas också att andelen avlidna i den studerade gruppen är allra högst bland dem som endast noterats för en enda dom. Ett annat viktigt skäl till att LVM-vården inte upprepas kan vara att klienten i fortsättningen kan undvika tvångsvård genom att "gå med på" frivillig vård i situationer där LVM annars hade varit tillämplig. Klientens missbruksbild eller sociala situation behöver då inte vara bättre än för dem som dömts vid ytterligare tillfällen. Ett tredje skäl kan vara att klienten efter den första domen blir mer restriktiv i sina kontakter med socialtjänsten, ett fjärde att han/hon mer permanent kommit att tillhöra psykiatrisk vård eller

Beräkningar av överdödligheten särskilt för LVM-klienter har hittills aldrig gjorts vare sig för alko-hol- eller narkotikamissbrukare

Av sammanlagt 820 klienter med LVM-domar under 1982 blev 47 procent föremål för ytterligare minst en intagning under den följande fyraårsperioden

kriminalvård. Återstår gör då ett möjligt antal "lyckade fall" där missbruket faktiskt minskat eller upphört. Okänt är dock såväl den relativa omfattningen av denna grupp som i vilken utsträckning den gynnsamma utvecklingen på något sätt kan relateras till den tidigare LVM-vården.

Material och metod

I syfte att mer ingående beskriva dödligheten och mönstret av upprepade LVM-domar skall här en vidare bearbetning av Petterssons LVM-material från fyra svenska kommuner göras. Materialet omfattar 125 personer som någon gång under perioden 1982 till 1985 dömts till vård enligt LVM i någon av de aktuella kommunerna. Uppgifter om klienter förberedande handläggning, rättsförfarande, socialtjänstkontakter under och efter vården, antal LVM-domar 1982--1988, dödlighet t o m 1990, m m ingår i undersökningsmaterialet.¹

För att beräkna överdödligheten i undersökningspopulationen har antalet döda i denna, t o m 1990, ställts i relation till förväntat antal döda under samma period. Den förväntade dödligheten har beräknats med utgångspunkt från dödsriskerna i den allmänna befolkningen, uppdelat på kön och åldersgrupper (fem-årsintervaller). Signifikans för uppmätta skillnader mellan observerad och förväntad dödlighet har beräknats med utgångspunkt från Poisson-fördelning (20).

Resultat

I tabell 1 återges det förväntade och observerade antalet döda i olika åldersgrupper.

Dödligheten för gruppen som helhet är drygt sju gånger högre än i normalbefolkningen. Det innebär en

Tabell 1. Observerat (o) och förväntat(f) antal döda samt kvoten observerat/förväntat (O/F) i olika åldersklasser (vid första dom). Från år för första LVM-dom (1982-1985) t o m 1990.

Ålder	n	O	(%)	F	O/F
--29	19	4	(21)	0.14	28.6**
30-39	45	17	(38)	0.6	28.3**
40-49	24	6	(25)	0.64	9.4**
50-59	23	10	(43)	1.94	5.2**
60-	14	6	(43)	2.7	2.2*
Total	125	43	(34)	6.0	7.2**

p<0.01 = *, p<0.001 = **

överdödlighet som ligger avsevärt över den man kunnat iaktta i andra undersökningar av missbrukare. Förklaringen till detta kan sannolikt sökas i framför allt två omständigheter. För det första i att LVM- vårdade klienter också i förhållande till andra missbrukspopulationer utgör en selekterad grupp med tyngre missbruk och sämre social förankring (6). För det andra innehåller LVM-gruppen en proportionellt sett större andel personer i lägre åldrar. Det är i åldersintervallerna under 40 år som överdödligheten är som högst i de allra flesta material, och relativt sett höga andelar i dessa åldersgrupper påverkar den totala överdödligheten uppåt.

Att överdödligheten avtar med stigande ålder framgår också mycket tydligt av utfallet i tabell 1, d v s med undantag för den inbördes ordningen mellan de två lägsta åldersgrupperna. I allt väsentligt är detta en avspeglning av att den förväntade dödligheten är avsevärt lägre bland de yngre, medan de faktiska andelarna avlidna fördelar sig jämförelsevis jämt mellan de olika åldersgrupperna. Denna "onaturliga" utjämning kan ses som en effekt av att de missbruksrelaterade skadorna och sjukdomarna i gruppen i stora stycken upphäver den normalt sett givna kopplingen mellan högre ålder och större dödsrisk.

I syfte att hitta andra kategorier där överdödligheten var relativt större eller mindre än för gruppen som helhet genomfördes en serie beräkningar på olika delgrupper. Dessa gav vid handen att variabler som hälsa, civilstånd, sysselsättning och social isolering inte nämnvärt syntes påverka graden av överdödlighet (variablerna

Dödligheten för gruppen som helhet är drygt sju gånger högre än i normalbefolkningen

1. Bland de 125 klienter som ingår i undersökningen har vården med säkerhet verkställt i 113 fall. I övriga 12 ärenden råder p g a internbortfall i enstaka frågor en viss osäkerhet om vård verkligen ägt rum, denna delgrupp avviker dock inte på något markant sätt från undersökningsgruppen i övrigt när det gäller dödlighet eller mönstret av upprepade domar. För en mer fullständig beskrivning av materialet; se Pettersson (7) s 39-43. Sedan denna rapport har materialet kompletterats med uppgifter om dödlighet t o m 1990, dvs ytterligare fem kvartal.

Tabell 2. Observerat (O) och förväntat (F) antal döda samt kvoten observerat/förväntat (O/F) i olika grupper. Från år för första LVM-dom (1982-1985) t o m 1990.

Grupp	n	O	(%)	F	O/F
Män	102	35	(34)	5.66	6.2
Kvinnor	23	8	(35)	0.42	19.0
Anv. narkotika	26	10	(38)	0.89	11.2
Övr. missbruk	99	33	(33)	5.19	6.3
Utl. härkomst	19	10	(53)	0.83	12.1
Ej utl. härkomst	106	33	(31)	5.3	6.2

hälsa respektive social isolering bygger på socialsekreterarens bedömning). I tabell 2 redovisas de uppdelningar som gav signifikanta avvikelser ($p < 0.05$) från medelvärdet. Överdödlighet i sig är för samtliga grupper nedan signifikant på 0,001-nivån.

Av tabell 2 framgår att kvinnornas överdödlighet tämligen markant överstiger männens. Iakttagelser i samma riktning har gjorts i andra undersökningar, även om skillnaderna där i regel inte varit lika omfattande (14). Den relativa risken att dö under den aktuella perioden är för de LVM-vårdade kvinnorna 19 gånger högre än för kvinnor, i jämförbar ålder, i den allmänna befolkningen. Denna anmärkningsvärt höga siffra hänger i viss utsträckning samman med en jämförelsevis hög andel yngre klienter bland kvinnorna. Med hjälp av standardvägning är det möjligt att uppskatta hur stor överdödligheten bland kvinnorna skulle ha varit om de haft en åldersfördelning som är densamma som för hela undersökningsgruppen. En sådan omräkning ger vid handen en överdödlighet på 14.0 för kvinnorna, dvs klart lägre än tidigare men alltså anmärkningsvärt hög.

Också narkotikamissbrukare och klienter med utländsk härkomst har en relativt sett högre dödlighet än undersökningsgruppen i övrigt. Mot bakgrunden av spridningen av HIV bland intravenösa missbrukare, risken för överdoseringar och att resultatet i andra undersökningar antyder en särskilt hög överdödlighet för LVM-vårdade narkomaner, är inte utfallet för narkomanerna i gruppen direkt överraskande (18).

Också narkotikamissbrukare och klienter med utländsk härkomst har en relativt sett högre dödlighet än undersökningsgruppen i övrigt

Narkotikamissbrukarna är dessutom liksom kvinnorna överrepresenterade i de lägre åldersgrupperna. En åldersmässig standardisering, motsvarande den ovan, resulterar i en sänkning av överdödligheten till 9.2 gånger normalbefolkningens. Med hänsyn tagen till ålder är således skillnaderna i förhållande till LVM-gruppen i övrigt tämligen blygsamma.

Den jämförelsevis höga överdödligheten för missbrukare av utländsk, i huvudsak finländsk, härkomst är i enlighet med vad som kunnat iaktas i andra undersökningar. Tidigare forskning har visat att alkoholförgiftning och våldsam död i samband med alkohol är vanligare bland finländare, medan exempelvis skrumplever är vanligare bland svenskar (15). För gruppen av utländsk härkomst ger standardvägning med avseende på ålder inga nämnvärda förändringar när det gäller dödligheten.

I tabell 3 redovisas antalet LVM-domar för gruppen som helhet och andel döda i relation till antal domar.

Drygt halva undersökningsgruppen har endast en LVM-dom bakom sig men av dessa är närmare 40 procent avlidna. Att de med en respektive två LVM-domar har en högre andel döda beror i allt väsentligt på att de som dör i början av mätperioden helt enkelt inte "hinner med" mer än ett eller ett par vårdtillfällen. Den som avlidit i gruppen med en LVM-dom har i genomsnitt gjort detta 2.9 år efter första dom, att jämföras med 4.5 år för övriga avlidna.

Tabell 3. Antal LVM-domar 1982--1988 och andel avlidna i förhållande till antal LVM-domar. Procent.

Antal domar	procent	andel avlidna	n
1	53	39	66
2	23	38	29
3	9		
4	7		
5	3	23	30
6-	5		
Summa	100		125

Om såväl förekomsten av mer än en LVM-dom som klientens död i enlighet med tidigare resonemang skall betraktas som möjliga indikationer på vårdens tillkortakommanden så borde det innebära att de mest "lyckade" fallen i huvudsak kan återfinnas bland överlevande med endast en dom. Sammantaget uppgår denna grupp till 40 personer, det vill säga en knapp tredjedel (32 pro-

cent) av hela undersökningsgruppen. Om man med en mer generös avgränsning låter den "lyckade" gruppen omfatta överlevande med maximalt två domar bakom sig ökar den till 46 procent.

Som framgått av den tidigare diskussionen kan emellertid vare sig dödlighet eller återkommande LVM-domar reservationslöst utnyttjas som indikatorer på vårdens effektivitet. Det gäller såväl vid mer generella bedömningar som vid försök att - som ovan - skilja ut olika delgrupper. Med tidigare diskuterade invändningar i åtanke är det dock möjligt att formulera hypotesen att den tredjedel av klienterna som endast har en dom bakom sig och dessutom är vid liv *totalt sett* (som grupp) har haft en mer gynnsam utveckling, socialt och missbruksmässigt, än de som återkommer för vård och/eller är döda.

Då undersökningsmaterialet också innehåller en lång rad uppgifter om klientens förhållanden vid domen, om socialtjänstens handläggning och om klientens situation omedelbart efter LVM-vårdens upphörande, kan det finnas anledning att närmare granska hur dessa samvarierar med mönstret av dödlighet och återkommande LVM-domar. I syfte att undersöka detta har multipel regressionsanalys utnyttjats. Två olika analyser har genomförts: en första med antal LVM-domar som beroende variabel, en andra med överlevande + endast en dom mot övriga som dikotom beroende variabel (d v s den "lyckade" tredjedelen enligt ovanstående resonemang mot övriga). Oberoende variabler har i bägge fall varit ålder, kön, utbildning, civilstånd, nationalitet, bedömd hälsa, typ av missbruk, t-spritsanvändning, bedömd social isolering, arbete respektive bostad efter LVM, fortsatt behandling respektive fortsatt kontakt med socialtjänsten efter vården.

I bägge analyserna visade det sig att de oberoende variabelernas förmåga att förklara variationerna i utfallsvariablerna var ytterst begränsad. Andel förklarad varians var 0.16 för antal LVM-domar och 0.19 för det kombinerade måttet. I det förra fallet utföll endast ett signifikant samband mellan *dålig hälsa* (enligt handläggarens bedömning) och många LVM-domar (BETA .27 **). I den senare analysen visade sig variabelerna *dålig hälsa* (BETA -.21 *) och *social isolering* (också enligt handläggarens bedömning) (BETA -.26 **) ha betydelse, med innebörden att vara vid god hälsa och att inte vara socialt isolerad vid den första LVM-domen ökar sannolikheten att man skall hamna i den "lyckade" gruppen.

Sammantaget är det således svårt att utifrån kännedom om den dömdes förhållanden vid den första domen göra prediktioner om dennes framtida utveckling. Kroppslig hälsa tycks dock spela en viss roll. Mot bakgrund av att LVM-vården många gånger motiveras av att man primärt "vill hindra klienten från att supa ihjäl sig" är detta ett rimligt resultat. Klienter med dålig hälsa betraktas sannolikt som särskilt utsatta och att upprepade domar här i högre grad följer vid ett fortsatt missbruk har sin uppenbara logik.

Innebörden av att social isolering faller ut som en prediktor är svårare att säkert fastställa. Möjligt är att avsaknaden av ett kontaktnät innebär en mer marginaliserad position där förutsättningarna för ett avslutat eller mer kontrollerat missbruk av olika skäl är mindre. Social isolering kan också tänkas vara en följd av ett mer extremt missbruk. Huruvida sambandet som sådant gäller också i förhållandet till klienter med mer missbrukardominerade kontaktnät är emellertid osäkert. Det aktuella materialet medger tyvärr inga sådana distinktioner.

Diskussion och sammanfattning

Att betrakta dödlighet eller upprepade LVM-domar som mått eller indikationer på vad LVM-vården åstadkommer ifråga om behandlingsresultat är långt ifrån oproblematiskt. Svårigheter att hitta jämförbara kontrollgrupper av lika hårt utsatta missbrukare innebär att några mer sofistikerade slutsatser inte kan dras. Vi vet därför inte hur utvecklingen för den studerade gruppen hade kunnat bli om den första LVM-domen aldrig hade verkställts. Det är inte heller möjligt att å andra sidan likställa överlevandet eller frånvaron av ytterligare domar med en godartad utveckling. Här kan alltså ett mycket tungt missbruk fortgå, men möjligheterna finns att man håller sig undan från ytterligare tvångsvård genom att istället gå in i frivillig vård eller genom att undvika potentiella anmälare.

På en mer övergripande nivå måste dock såväl den höga överdödligheten som mönstret av återkommande domar betraktas som relativt odiskutabla uttryck för LVM-vårdens tillkortakommanden. Tillsammans vitt-

På en mer övergripande nivå måste väl den höga överdödligheten som mönstret av återkommande domar betraktas som relativt odiskutabla uttryck för LVM-vårdens tillkortakommande

nar dessa bäge omständigheter om att en ansenlig del av klienterna fortsätter ett mycket tungt missbruk också efter ett eller flera vårdtillfällen.

Vi har således goda skäl att anta LVM-vårdens *rehabiliterande förmåga*, i betydelsen att påverka missbruksbilden, totalt sett är ytterst begränsad. Mot bakgrund av att de LVM-dömda klienterna i stort sett kan likställas med de tyngsta missbrukarna och det faktum att missbruksvård generellt sett har svårigheter att uppvisa goda resultat (21) är kanske inte denna iakttagelse särskilt uppseendeväckande. Nu är inte heller rehabiliteringsaspekten allenarådande i argumentationen för LVM eller i den praxis där LVM tillämpas.

"Nödvändigheten" av att kunna ingripa i syfte att omedelbart hindra klienten från att supa eller knarka ihjäl sig är kanske det förmenta behov som i praktiken mer än någonting annat förläna LVM dess faktiska legitimitet. Här handlar det då mer om omvårdnad och *möjligheter att förlänga vårdtagarnas liv*. Om de framkomna resultaten, och då i synnerhet de som avser överdödlighet, betraktas ur detta perspektiv är slutsatserna i stort sett som ovan: dvs att det är osäkert huruvida LVM överhuvudtaget bidrar till att förlänga klienternas liv samt att vårdformen som övergripande instrument i detta avseende knappast kan betraktas som effektivt.

Överdödligheten i den studerade gruppen är avsevärt högre än i andra undersökningar avseende missbrukare i den kliniska vården eller inom socialtjänstens öppenvård. I allt väsentligt beror detta på att det är en selekterad grupp med särskilt allvarliga problem att andelen yngre klienter är förhållandevis hög. LVM-vården förefaller dock inte på något avgörande sätt ha modifierat det förväntade utfallet av denna selektering. Inte heller det generella mönstret, dvs vilka grupper som uppvisar den högsta överdödligheten, tycks påverkat av tvångsvården. Yngre (under 40 år), kvinnor, narkotikamissbrukare och personer av utländsk (i huvudsak finländsk) härkomst har samtliga en överdödlighet klart över undersökningsgruppen i övrigt. Här handlar det om förhöjda dödsrisker på mellan 11 och 28 gånger, i relation till normalbefolkningen. Dessa siffror visar inte bara på en mycket långtgående utsatthet. De lyfter också fram grupper där "livräddande" insatser kan synas särskilt angelägna och indikerar samtidigt att LVM i detta avseende kommit till korta.

Om man hypotetiskt, och trots de berörda invänd-

ningarna, låter överdödlighet och mönstret av upprepade domar utgöra tillräckligt mått på vårdens effekter så återstår egentligen bara ett argument till stöd för LVM. Det är möjligheten, inte vissheten, att tvångsvården trots allt har effekter i marginalen och att bilden hade varit än mer nedslående om inte LVM tillgripits. Med en mer defaitistisk inställning till tvångsvårdens förmåga att "bota" missbrukare kan man åtminstone hålla fast vid livräddningsargumentet, och då peka på att ingripandena ofta görs i situationer där tillståndet för den dömda har betraktats som mycket allvarligt. Att LVM faktiskt på mycket kort sikt emellanåt fungerar livräddande för vissa missbrukare får nog också hållas för sannolikt. Det behöver dock inte innebära att den totala dödligheten överhuvudtaget påverkas över en längre tidsperiod.

Frågan som kvarstår är då om sannolika kortsiktiga effekter kan anses legitimera en verksamhet av LVM:s karaktär. Beslutet att omhänderta en människa med tvång innebär ett förhållandevis långtgående åsidosättande av dennes integritet och rätt till självbestämmande. I synnerhet om den intagne själv - och kanske på goda grunder - uppfattar såväl ingreppet i sig som själva vården som verkningslösa i förhållande till hans eller hennes fortsatta missbruk.

REFERENSER

2. SOU 1987:2. Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget.
6. Ågren G: Hur ser de LVM-vårdade missbrukarna ut? DSF Forskning om missbrukare och vården, särskilt tvångsvården, 1990.
7. Pettersson U: Fyra år med LVM - en uppföljning i fyra kommuner. Stockholms universitet -- Socialhögskolan, 1989.
11. Dahlgren L, Myrhed M: Alcoholic females. Causes of death with reference to sex difference. Acta Psychiatrica Scandinavia 56, 1977.
14. Lindberg S, Ågren G: Mortality among Male and Female Alcoholics in Stockholm 1962-1983. British Journal of Addiction 83, 1988.
15. Ågren G: Alkoholrelaterad dödlighet och sociala bakgrundsfaktorer. FOU-byrån, Stockholms socialförvaltning, 1989.
19. Engström A m fl: En 12-årsuppföljning av dödligheten bland narkomaner i Stockholms län. I Tunving m fl i "Dödligheten bland narkotikamissbrukare i de nordiska länderna". CAN, Stockholm, 1989.

Fullständig referenslista kan fås hos författaren.