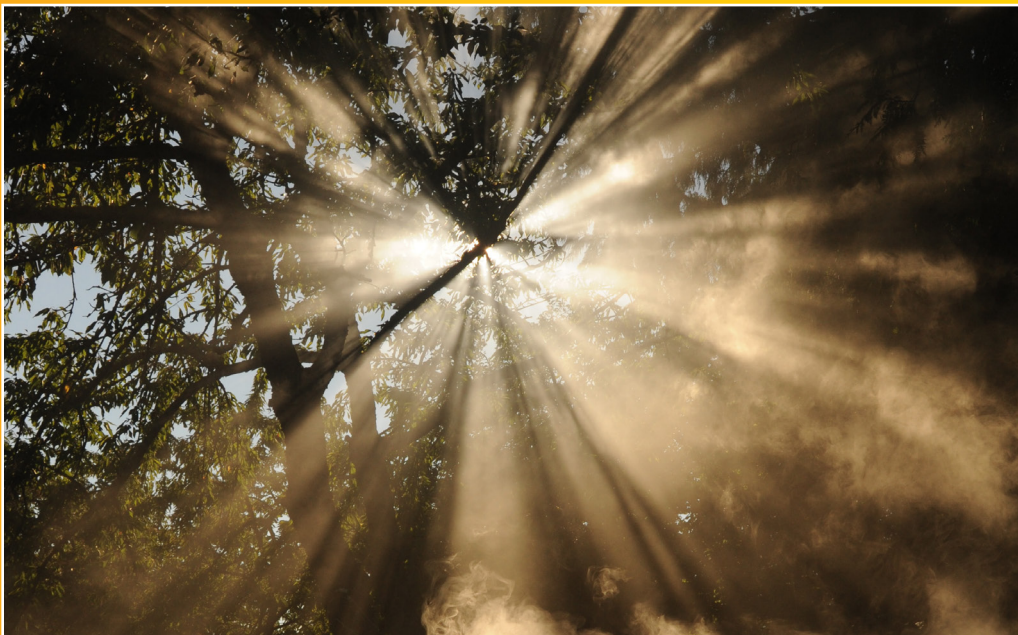


# Dödlighet och samsjuklighet i samband med tvångsvård

Uppföljning av personer vårdade enligt  
LVM under 1999–2016



**Anders Ledberg**  
**Therese Reitan**

FORSKNING I KORTHET

978-91-87053-99-3

Dödlighet och samsjuklighet i samband med tvångsvård. Uppföljning av personer vårdade enligt LVM under 1999–2016

Nummer 4 år 2023

Publikationerna finns att beställa eller ladda ner från SiS webbplats.  
[www.stat-inst.se](http://www.stat-inst.se)

**Engelsk titel:**  
Institutional Care in Focus

**Publikationsseriens adress:**  
Statens institutionsstyrelse  
Box 1062  
171 22 Solna

# Dödlighet och samsjuklighet i samband med tvångsvård

Uppföljning av personer vårdade enligt  
LVM under 1999–2016

# Sammanfattning

I den här rapporten undersöks om tvångsvård enligt lag (1988:870) om vård av missbrukare i särskilda fall (LVM) bidrar till att minska den missbruksrelaterade dödligheten. Två delstudier har genomförts. I den första delstudien undersöktes huruvida LVM-klienters risk att dö beror på i vilken fas i vårdförloppet de befinner sig. Med hjälp av registerdata följdes samtliga personer som vårdats enligt LVM under tidsperioden 1999–2016 och som längst till slutet av 2017. Risken att dö skattades för de tidsperioder då personerna befann sig antingen i LVM-vård, i kriminalvård (fängelse), eller utanför LVM- eller kriminalvård ("i frihet"). Särskild betoning lades på tiden precis efter utskrivning.

Enligt 4 § LVM ska tvångsvård beslutas om en person med ett fortgående missbruk "till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara". I den andra delstudien undersöktes den faktiska tillgängligheten till denna vårdform, det vill säga om alla personer som uppfyller dessa kriterier också *blir* vårdade enligt LVM. I studien riktade vi in oss på personer som haft ett känt missbruk och som avlidit, och där dödsfallet varit narkotikarelaterat. Vi skattade hur stor andel av dessa personer som vårdats enligt LVM året innan dödsfallet. Detta är en grupp personer där många sannolikt uppfyller rekvisiten för vård enligt LVM.

Studien visar att en så hög andel som en tredjedel av de klienter som vårdades enligt LVM under tidsperioden 1999–2016 avled under uppföljningstiden. Risken att dö var starkt beroende av vilken fas av vårdförloppet klienterna befann sig i och den var som allra högst de första trettio dagarna efter utskrivning från LVM. Jämfört med risken att dö under tiden som inskriven för vård enligt LVM var risken att dö ungefär sex gånger högre den första månaden efter utskrivning. Även efter utskrivning från fängelsevård var risken tydligt förhöjd. Sammanlagt identifierade vi 1 685 personer som avled under tidsperioden 2000–2016 och som sannolikt uppfyllde rekvisiten för vård enligt LVM. Av dessa hade drygt 8 procent vårdats enligt LVM året innan de avled.

LVM-klienters risk att dö är generellt mycket hög och vår studie visar att den är särskilt förhöjd tidsperioden precis efter utskrivning. Detta är ett tydligt tecken på att målsättningen med LVM, att motivera till vård i frivilliga former, i många fall inte uppfylls. En fråga som rimligtvis måste ställas är om mer kan göras för att förhindra överdoser efter utskrivning. Tillgänglighetsstudien tyder dessutom på att LVM kanske inte används i den utsträckning som lagen föreskriver. En person som "till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara" ska beredas tvångsvård enligt LVM om vederbörande uppfyller övriga rekvisit i lagen. Det är sannolikt att mer än 8 procent av de 1 685 personer som enligt vår studie avled faktiskt uppfyllde dessa rekvisit.

# Introduktion

Ett tungt missbruk<sup>1</sup> av alkohol eller narkotika är förknippat med en mycket hög dödlighet (se exempelvis Ezatti m. fl. 2004). År 2014 avled i Sverige ungefär 2 000 personer i åldern 15–69 år där bruk av alkohol eller narkotika bedömdes haft betydelse för dödsfallet (Socialstyrelsens statistikdatabas). Detta motsvarar drygt 10 procent av dödsfallen i åldersgruppen. Bland unga är andelen alkohol- och narkotikarelaterade dödsfall ännu högre. Det höga antalet missbruksrelaterade dödsfall i Sverige har under de senaste åren fått mycket stor uppmärksamhet och det är ett uttalat politiskt mål att minska antalet missbruksrelaterade dödsfall – eller ”överdosdödlighet” som man oftast hänvisar till i samhällsdebatten.

En ökad tillgänglighet till vård och stöd för personer med missbruks- och beroendeproblematik är ett huvudmål i den svenska ANDT-politiken (Skr. 2021/22:213). En förhoppning är självklart att detta ska bidra till att minska den missbruksrelaterade dödligheten, och det är därför viktigt att öka kunskapen om olika insatsers betydelse i sammanhanget. Av politiska och etiska skäl är det extra viktigt att undersöka utfall och resultat när vården ges mot individens vilja (tvångsvård). I projektet som redovisas här har vi undersökt tvångsvårdens eventuella betydelse för att minska den missbruksrelaterade dödligheten.

Varje år vårdas ungefär 1 000 personer utan samtycke enligt lag (1988:870) om vård av missbrukare i särskilda fall (LVM). En person som genom sitt missbruk utsätter sin hälsa för allvarlig fara ska enligt denna lag beredas tvångsvård om vederbörande är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och detta behov inte kan tillgodoses på frivillig väg. Enligt LVM har socialnämnden *skyldighet* att ansöka om tvångsvård hos förvaltningsrätten för personer som uppfyller förutsättningarna i lagen. Huvudsyftet med LVM är att motivera den vårdade att ”frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk” (§ 3 LVM). En person som har ett fortgående missbruk och som genom konsekvenser av detta missbruk löper en betydande risk att avlida torde vara aktuell för vård enligt LVM, och tillgången till sådan vård borde därför kunna påverka den missbruksrelaterade dödligheten på gruppnivå.

---

1 Vi har valt att använda termen ”missbruk” i denna text. Den främsta anledningen är att det är denna term som används i lagtexten i LVM. Därutöver anser vi att begreppet bättre speglar de mycket heterogena former av användning av alkohol och narkotika som personer som vårdas enligt denna lag ofta ger uttryck för. En alternativ term är ”skadligt bruk och beroende”, vilken förespråkas av bl.a. Samsjuklighetsutredningen (SOU 2023:5), men vi anser att denna term tar för mycket hänsyn till den medicinska sidan av ett problematiskt bruk av substanser och allt vad det innefattar.

Den övergripande frågeställningen som avhandlas i denna rapport är om tvångsvård enligt LVM bidrar till att minska den missbruksrelaterade dödligheten.

Frågeställningen består av följande två delfrågor:

- 1) Hur påverkar vård enligt LVM risken att dö bland personer som vårdats enligt denna lag?
- 2) I vilken utsträckning blir de personer som uppfyller kriterierna för vård enligt LVM även vårdade enligt denna lag?

Dessa frågor har belysts genom analyser av registerdata i de två delstudier som beskrivs i följande avsnitt.

## Delstudie 1: Dödlighet bland LVM-klienter – en uppföljningsstudie

Eftersom socialnämnden är skyldig att ansöka om LVM för samtliga personer som uppfyller lagens rekvisit är det inte möjligt att undersöka effekten av LVM genom randomiserade kontrollerade studier. I stället krävs det mer indirekta tillvägagångssätt för att utröna eventuella effekter av vård enligt LVM. Här har vi valt att studera hur LVM-klienters risk att dö beror på omständigheterna i vilka de befinner sig. Två hypoteser följer från antagandet att vård enligt LVM påverkar dödligheten: i) risken att avlida under själva vårdtiden bör vara betydligt lägre än innan vården påbörjades, och ii) om syftet med vården uppfylls borde risken att dö efter utskrivning även den vara lägre än risken innan vården påbörjades.

För att undersöka dessa hypoteser har samtliga personer som vårdats enligt LVM under tidsperioden 1999–2016 följts, som längst till slutet av 2017. Vi har skattat risken att dö under perioder av antingen LVM-vård, kriminalvård (fängelse), eller tid utanför LVM- eller kriminalvård ("i frihet"). Särskild betoning har lagts på tiden precis efter utskrivning. En del av resultaten har publicerats tidigare (Ledberg & Reitan 2022).

## Delstudie 2: Tillgängligheten till LVM-vård

I 4 § LVM står att tvångsvård ska beslutas om en person med ett fortgående missbruk "till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara". Från ett socialpolitiskt perspektiv är frågan om alla personer som uppfyller dessa kriterier också *blir* vårdade enligt LVM väsentlig. Antalet LVM-platser hos Statens institutionsstyrelse (SiS) är i nuläget drygt 350 och har om något minskat över tid (SiS i Korthet 2021). Detta borde innebära att behovet av LVM-vård har minskat. Samtidigt har antalet narkotikarelaterade dödsfall ökat under de senaste 15 åren, vilket tyder på att det finns ett vårdbehov som inte fullt ut tillgodoses. En förutsättning för att någon ska

beredas vård enligt LVM är att socialnämnden känner till situationen och kan bereda en ansökan om vård till förvaltningsrätten. Det är så klart fullt möjligt att någon har ett tungt missbruk utan socialnämndens kännedom – trots exempelvis läkares skyldighet att anmäla ett eventuellt vårdbehov enligt LVM – och det är därför relevant att undersöka hur stor andel av gruppen *personer med missbruk förknippat med allvarlig fara* som vårdas enligt LVM.

I denna delstudie har gruppen "personer med missbruk som utsätter sin fysiska hälsa för allvarlig fara" definierats som alla personer som avlidit i narkotikarelaterade dödsfall och som tidigare vårdats för narkotikamissbruk inom hälso- och sjukvården.<sup>2</sup> Om samtliga av dessa personer uppfyller rekvisiten i LVM går inte att avgöra utifrån de registerdata som vi har haft tillgång till, men det är inte orimligt att anta att många av dem faktiskt har uppfyllt dessa. För att skatta tillgängligheten till vård enligt LVM har vi undersökt hur stor andel i gruppen av potentiella LVM-klienter som faktiskt har vårdats enligt LVM året innan tidpunkten för dödsfallet.

## Tidigare forskning

Dödligheten bland LVM-klienter har undersökts tidigare, dock inte med samma omfattning som i detta projekt. När det gäller studier av LVM-vårdens utfall publicerades en väljord sammanfattning av befintlig forskning i samband med Missbruksutredningen (Gerdner & Berglund 2011). Därefter har resultat från två SiS-initierade och finansierade uppföljningsstudier publicerats (Larsson & Leiniö 2012, Lundgren m. fl. 2015). Tillsammans ger dessa översikter och studier en god överblick över tidigare forskning när det gäller exempelvis dödligheten.

Studier angående LVM-klienter har genomgående visat att dödligheten i gruppen är mycket hög. Dödligheten efter utskrivning ligger på mellan fem och sju procent per år (Gerdner 2004; Larsson & Leiniö 2012; Hall m. fl. 2015) vilket är betydligt högre jämfört med vissa andra grupper med ett tungt missbruk (Ledberg 2015, 2017). Bakgrundsfaktorer som kön, ålder och fysisk hälsa är förknippade med en högre dödlighet (Hall m. fl. 2015), men ger i sig inte någon vägledning till interventioner som skulle kunna minska dödligheten.

Det finns ett fåtal studier där dödligheten bland LVM-vårdade direkt ställts mot dödligheten bland andra, mer eller mindre, jämförbara grupper. Gerdner och Berglund (2011) refererar till fyra studier av detta slag men ingen av dessa studier fann några entydiga skillnader mellan grupperna. Larsson och Leiniö (2012) fann en lägre dödlighet inom gruppen som skrivits ut direkt efter ett omedelbart omhändertagande enligt § 13 LVM jämfört med gruppen som efter ett omedelbart omhändertagande beretts vård enligt § 4 LVM. Dock gjordes inte någon direkt jämförelse mellan grupperna och

---

<sup>2</sup> "Personer med narkotikamissbruk" syftar här på personer som vårdats för åkommor som i sjukvården klassificerats som "psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser"; mer specifikt har vi använt diagnoskoder i spannet F11 till F19.



eftersom köns- och åldersfördelningen inte var identisk är det svårt att avgöra vad skillnaden betyder eller beror på. Padyab m.fl. (2015) visade att personer som avvikit från LVM-vården hade något högre dödlighet än personer som inte avvikit. Denna studie uteslöt dock alla personer som avled inom sex månader från inskrivning vilket gör resultaten något svårtolkade. Det finns inga kvantitativa studier om tillgängligheten till LVM-vård för den aktuella gruppen.

## Datamaterial och tillvägagångssätt

Projektet bygger på analys av individdata från dels SiS administrativa system KIA, dels ett antal register hos Socialstyrelsen (SoS), Statistiska centralbyrån (SCB) samt Kriminalvården. En utförlig beskrivning av datamaterialet finns i rapportens appendix.

# Projektets delstudier

Nedan beskrivs de två delstudierna som utgjort huvuddelen av projektet.

## Delstudie I: Dödlighet bland LVM-klienter – en uppföljningsstudie

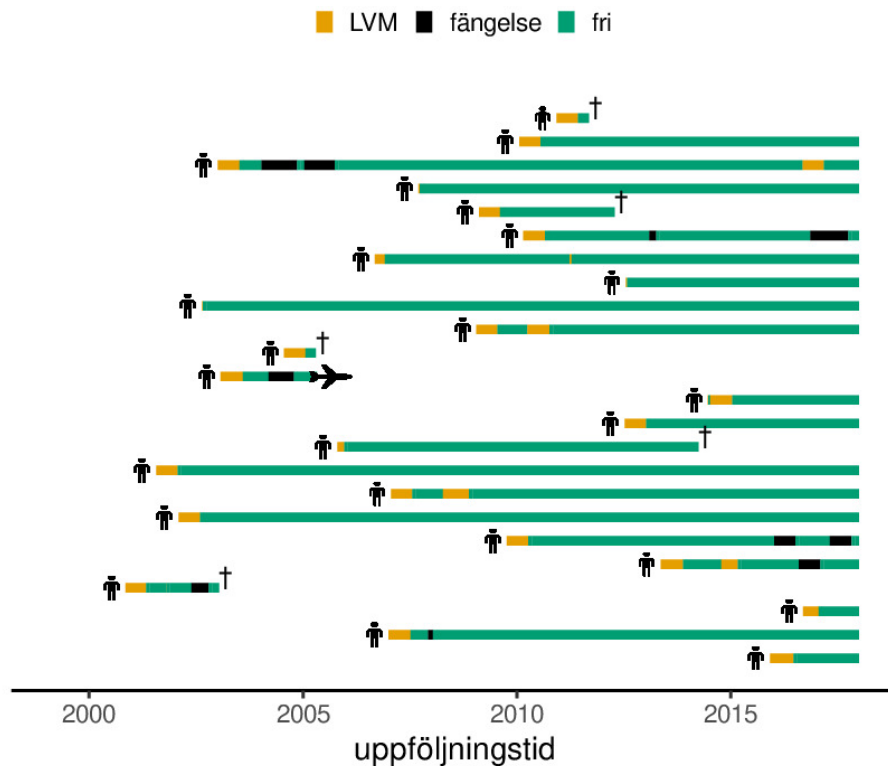
Syftet med delstudien var att beskriva hur dödligheten bland LVM-klienter varierar som en funktion av den situation som klienten befinner sig i efter det datum då vården påbörjats.

Samtliga personer som vårdats enligt LVM under tidsperioden 1999–2016 identifierades med hjälp av Socialstyrelsens LVM-register. Dessa personer följdes från inskrivningsdatum till antingen a) utvandringsdatum, b) dödsdatum eller c) sista december 2017, beroende på vilket av dessa datum som inträffade först. Risken att dö beror sannolikt på i vilken situation som klienten befinner sig och hänsyn till detta har tagits i analyserna. Vi har modellerat risken att dö separat för följande situationer: under LVM-vård, under kriminalvård på anstalt (fängelse), samt under perioderna 30 dagar efter utskrivning från dessa vårdformer. För att skatta risken att dö under uppföljningstiden, som en funktion av klienternas situation, användes överlevnadsanalys (coxregression). I regressionsanalyserna tog vi även hänsyn till åldern vid inskrivningsdatum (indelad i fem åldersgrupper) samt till klientens kön. Figur 1 illustrerar delstudiens design och ger exempel på hur uppföljningstiderna och utfallen varierar.

Eftersom uppföljningstiden varierade mellan individerna använde vi *persontid* för att beräkna risken att avlida. Persontid är summan av den sammanlagda tiden som klienterna befunnits sig i en viss situation uttryckt i år. En persontid på 100 år kan alltså vara resultatet av att man följt 10 personer i tio år eller 100 personer i ett år. Vi har valt att presentera resultaten i termer av dödsfall per 1 000 personår. Om risken<sup>3</sup> att dö är 20 per 1 000 personår kan detta enklast förstås som att av 1 000 personer som följs i ett år förväntas 20 att avlida under året.

---

3 I teknisk bemärkelse är det inte en risk utan en rat, dvs. något med enhet "per tidsenhet". Men i denna undersökning kan man tänka på resultaten i termer av risk.



**Figur 1: Illustration över uppföljningsstudien. Varje rad representerar tidsintervallet under vilket en given person följdes. Kors representerar dödsfall och flygplan utvandring.**

## Delstudie 2: Tillgänglighet till LVM-vård

Idén i denna delstudie är alltså att identifiera potentiella LVM-klienter utifrån registerdata och sedan undersöka i vilken utsträckning dessa har vårdats enligt LVM. Den första delstudien inkluderar alltså de som faktiskt har vårdats enligt LVM, medan delstudie 2 fokuserar på *målgruppen* för LVM och vårdformens "träffsäkerhet". För att identifiera potentiella klienter har vi utgått från kriterierna för vård enligt LVM och försökt att identifiera personer som enligt registerdata kan antas ha uppfyllt dessa kriterier. Det går inte med detta upplägg att fastslå om en viss individ skulle ha bedömts vara i behov av LVM-vård – vilket ju i grunden alltid är en bedömning som socialnämnden måste göra – men vi anser att upplägget ger en rimlig fingervisning om tillgängligheten och vårdformens träffsäkerhet.

Enligt LVM måste (minst) tre kriterier vara uppfyllda för att en person ska komma i fråga för LVM-vård: (i) vederbörande måste ha ett fortgående missbruk och vara i behov av vård för att komma ifrån detta missbruk, (ii) vårdbehovet ska inte kunna tillgodoses genom frivillig vård, och (iii) vederbörande utsätter sin hälsa för allvar-

lig fara. Vi har här valt att fokusera på det första rekvisitet i § 4 tredje punkten, det så kallade hälsorekvisitet. I denna studie utgår vi från att personer som har vårdats på sjukhus med en missbruksrelaterad huvuddiagnos och som senare avlidit på grund av sitt missbruk kan ha uppfyllt kriterierna för vård enligt LVM. Vi har dessutom valt att fokusera på personer som avlidit av *narkotikarelaterade* orsaker. Anledningen är att en stor andel av dessa dödsfall utgörs av så kallade överdoser och alltså är direkta konsekvenser av missbruk, och därmed tydligt uppfyller det tredje kriteriet för LVM-vård. Alkoholrelaterade dödsfall, exempelvis levercirros, är i högre grad resultat av ett mångårigt missbruk, konsekvenser som LVM-vård sannolikt inte direkt kan påverka. Att vi avgränsat studien till narkotikarelaterade dödsfall är alltså ett pragmatisk val och betyder inte att alkohol inte kan ha bidragit till en del av dödsfallen. Det betyder heller inte att en eventuell bristande tillgänglighet till LVM-vård nödvändigtvis är större bland personer med ett narkotikamissbruk än bland personer med annat missbruk. En ytterligare omständighet att komma ihåg är att blandmissbruk är vanligt förekommande i den aktuella målgruppen, särskilt bland yngre.

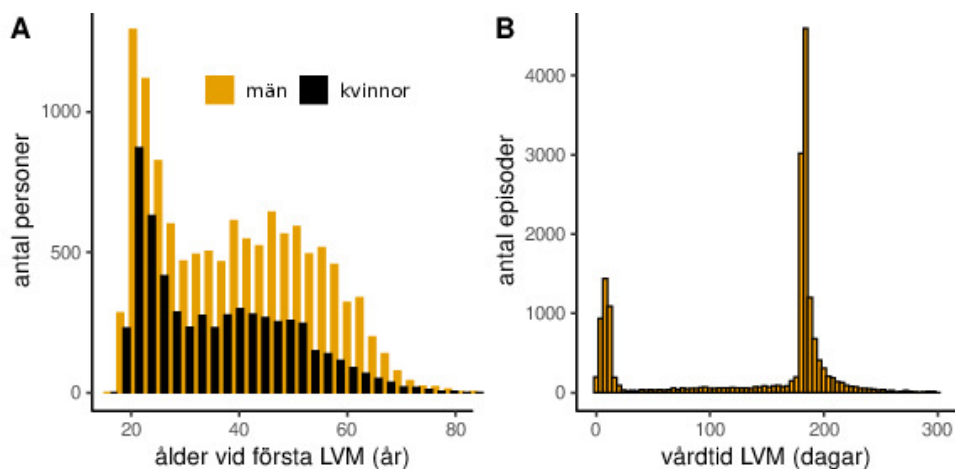
Alla dödsfall med narkotikarelaterade orsaker under perioden 2000–2016 identifierades med hjälp av dödsorsaksregistret. Narkotikarelaterade dödsorsaker kan definieras på olika vis, men vi har använt den definition som rekommenderas av European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, se appendix). Från de narkotikarelaterade dödsfallen valdes samtliga individer ut där det tre år innan dödsfallet fanns en tidigare narkotikamissbruksrelaterad diagnos i patientregistret. Dessa individer utgjorde sedan gruppen "potentiella LVM-klienter". Genom att länka till data från LVM-registret kunde vi sedan utröna hur stor andel och vilka i gruppen som fått vård enligt LVM året innan dödsfallet.

# Resultat

Sammanlagt vårdades 11 259 klienter enligt LVM under tidsperioden 1999–2016, och av dessa var 3 750 (33 %) kvinnor (tabell 1). Figur 2A visar att åldern vid inskrivning är mycket varierande och att den vanligaste åldern bland både män och kvinnor är drygt 20 år. Figur 2B visar att även vårdtiderna varierade mycket och att det är relativt vanligt med korta vårdtider (<30 dagar).

**Tabell 1: Antal LVM-klienter samt dödsfall bland dessa under uppföljningstiden 1999–2017.**

	antal klienter	persontid (1000 personår)	antal dödsfall	dödsfall per 1000 personår
totalt	11259	86,88	3617	41,63
kön				
män	7509	55,59	2746	49,40
kvinnor	3750	31,29	871	27,84
ålder				
17-25	2846	22,71	457	20,13
25-35	2290	18,62	462	24,81
35-45	2009	17,63	639	36,24
45-55	2159	15,95	973	61,00
55-85	1955	11,97	1086	90,76



**Figur 2: Histogram över A) ålder vid första vårdtillfälle under perioden 1999–2016, samt B) vårdtiderna för samtliga vårdtillfällen under perioden. Notera att med vårdtid menas tidsintervallet mellan inskrivning och utskrivning; om klienten har avvikit eller avtjänat fängelsestraff under tiden kan därför vårdtiden överstiga sex månader. Notera även att första vårdtillfälle refererar till den undersökta perioden, en del av klienterna har sannolikt varit vårdade enligt LVM innan 1999.**

Dessa korta vårdtider härrör främst från fall där någon blivit omedelbart omhändertagen enligt 13 § LVM, men där vården inte senare övergått i vård enligt 4 § LVM. Den vanligaste vårdtiden för de som sedan vårdas enligt § 4 är 6 månader, vilket också är den maximalt tillåtna vårdtiden enligt LVM. De längre vårdtiderna i figur 2B beror på att *vårdtid* här tagits som intervallet mellan utskrivningsdatum och inskrivningsdatum; eftersom det inte är möjligt, utifrån de data vi haft tillgång till, att avgöra under vilka perioder som någon varit avviken eller har suttit i fängelse har dessa tider inte kunnat räknas av från den totala inskrivningstiden.

Totalt avled 3 617 personer (32 %) under uppföljningstiden. Tabell 1 visar hur risken att dö varierade med avseende på ålder och kön vid inskrivning. Som förväntat ses en betydande ökning av dödsrisken med ökande ålder. Risken att dö var avsevärt högre bland män än bland kvinnor.

## Delstudie I: Dödlighet bland LVM-klienter – en uppföljningsstudie

I denna delstudie följdes klienterna från tidpunkten för första inskrivning för vård enligt LVM till slutet av 2017 eller tidpunkten då de avled eller utvandrade. För att undersöka hur risken att avlida varierade delades uppföljningstiden in i följande separata perioder: under vårdtiden (LVM), 30 dagar efter utskrivning från LVM, mer än 30 dagar efter utskrivning, fängelse, 30 dagar efter frigivning, mer än 30 dagar efter frigivning (se figur 1). Tabell 2 visar att risken att dö var starkt beroende av vilken situation personen befann sig i.

**Tabell 2: Dödsrisk per klient-situation. Tabellen anger följande: sammanlagd person-tid (p.tid) spenderad i de olika situationerna i enheter av 1000 personår; antal dödsfall (d.fall); antal dödsfall per 1000 personår (dödsrat); 95-procentigt konfidensintervall för dödsraten (k.i.).**

situation	män				kvinnor			
	p.tid	d.fall	dödsrat	k.i.	p.tid	d.fall	dödsrat	k.i.
LVM	4,61	130	28,22	23,6; 34	2,44	26	10,63	6,9; 16
-LVM ≤ 30	0,87	133	153,65	129; 182	0,44	35	80,33	56; 112
-LVM > 30	38,52	2138	55,50	53; 58	25,33	762	30,09	28; 32
anstalt	1,81	8	4,42	1,9; 8,7	0,30	0	0,00	0,0; 12,2
-anstalt ≤ 30	0,35	32	90,33	62; 128	0,08	5	63,96	21; 149
-anstalt > 30	9,43	305	32,33	29; 36	2,70	43	15,91	12; 21

LVM; upp till 30 dagar efter utskrivning från LVM (-LVM 30); kriminalvårdsanstalt; upp till 30 dagar efter frisläppning från anstalt (-anstalt 30); övrig tid efter frisläppning från anstalt (-anstalt > 30).

Risken att dö direkt efter utskrivning visade sig vara synnerligen hög, både när det gäller utskrivningar från LVM och från anstaltsvistelse. För män uppgick dödsraten till drygt 150 dödsfall per 1000 personår under de första 30 dagarna efter utskrivning från LVM-vård. Tabellen visar även att risken att dö under inskrivning i LVM-vården är betydande – sammanlagt 156 klienter avled under tiden de var inskrivna.

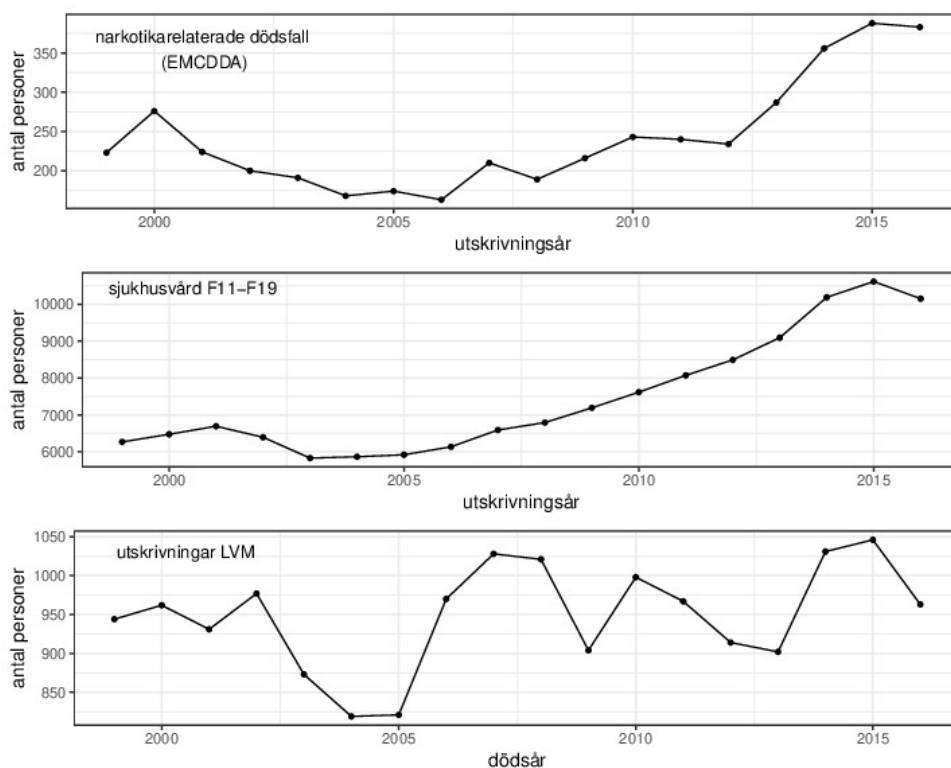
För en mer ingående analys användes coxregression. Det är en metod som tar hänsyn till att tillstånden som undersökts ändrar sig under uppföljningstiden, samt till åldern vid första LVM-episod och kalenderåret då denna episod tilldrog sig. Tabell 3 visar att risken att dö precis efter utskrivning var nästan sex gånger så hög som den var under tiden i LVM-vård. Även under tiden precis efter frigivning från fängelse var risken att dö kraftig förhöjd jämfört med under tiden i LVM-vård. Därutöver visar tabellen att risken att dö under tiden som inskriven på SiS var över fyra gånger högre än risken att dö under tiden på kriminalvårdsanstalt.

**Tabell 3: Parameterskattningar från regressionsanalysen. Konfidensintervallen är 95-procentiga. För de olika situationerna se tabell 2.**

	hazardkvot	konfidensintervall	p-värde
<b>kön</b>			
män	1 (ref)	-	-
kvinnor	0,65	0,60; 0,70	<1,0e-16
<b>situation</b>			
LVM	1 (ref)	-	-
-LVM ≤ 30	5,9	4,61; 7,68	<1,0e-16
-LVM > 30	1,8	1,49; 2,22	5,4e-09
anstalt	0,22	0,11; 0,45	3,5e-05
-anstalt ≤ 30	4,7	3,19; 6,81	1,6e-15
-anstalt > 30	1,6	1,27; 2,01	5,6e-05

## Delstudie 2: Tillgängligheten till LVM-vård

För att undersöka tillgängligheten till LVM-vård under perioden har potentiella LVM-klienter definierats som de personer som avlidit av narkotikarelaterade orsaker och som tidigare varit vårdade på sjukhus med en missbruksrelaterad huvuddiagnos. Figur 3 visar att antalet narkotikarelaterade dödsfall ökade under perioden och det gjorde även det årliga antalet personer som vårdats på sjukhus med en narkotikarelaterad missbruksdiagnos. Antalet vårdade enligt LVM uppvisar inte någon tydlig trend över tidsperioden.



**Figur 3: Trender över tid gällande narkotikarelaterade dödsorsaker enligt EMCDDA:s definition (överst); antal personer vårdade per år på sjukhus med en huvuddiagnos som indikerar narkotikamissbruk (F11-F19); antal personer vårdade per år enligt LVM (nederst).**

Sammanlagt var det 3 878 personer som dog av narkotikarelaterade orsaker under perioden, och av dessa hade 1 685 (43 %) varit inlagda för vård med en missbruksrelaterad huvuddiagnos under en tidsperiod på upp till 3 år innan dödsfallet. I denna grupp av potentiella LVM-klienter var det 8,4 % som hade vårdats enligt LVM under året innan de avled. Eftersom antalet dödsfall ökat under tidsperioden gjordes även en separat analys av första respektive sista halvan av perioden. Denna analys visade att andelen potentiella LVM-klienter som faktiskt vårdats enligt LVM ökade från 7,7 % till 8,8 %.



# Diskussion

Huvudsyftet med projektet var att undersöka relationen mellan tvångsvård enligt LVM och missbruksrelaterad dödlighet. Resultaten från uppföljningsstudien (delstudie 1) visar att risken att dö är betydligt lägre under tiden som inskriven för vård enligt LVM jämfört med under tiden efter utskrivning (tabell 3), vilket tyder på att LVM-vård skulle kunna motverka den missbruksrelaterade dödligheten. Dock är dödligheten jämfört med befolkningen i stort ändå relativt hög under tiden då klienterna är inskrivna för vård enligt LVM; dödsraten bland män uppgår till knappt 30 per 1 000 personår (tabell 2) vilket är mer än tio gånger högre än genomsnittet i befolkningen för män i åldersgruppen 45–55 år (Socialstyrelsens statistikdatabas). Även jämfört med risken att dö under vård på kriminalvårdsanstalt är risken att dö under LVM-vård förhöjd: mer än fyra gånger så hög enligt våra analyser, en skillnad som behöver förklaras. Dessa risker gäller alltså för samma grupp individer, men en möjlig förklaring till den högre dödligheten i samband med LVM är att klienterna som även döms till anstaltsvård är yngre och somatiskt friskare än de som inte gör det. En annan möjlig förklaring är att en del av tiden som någon vårdas enligt LVM ofta spenderas utanför LVM-hemmen och att avvikelser är relativt vanliga. Tyvärr har det inte varit möjligt att fastställa om dödsfallen som inträffar under inskrivning i LVM-vård skett i samband med avvikelser, eller vid så kallad vård i annan form (enligt § 27 LVM), men det verkar sannolikt. Dokumentationen kring de klienter som avlider i samband med vård enligt LVM måste förbättras för att möjliggöra en mer ingående analys och i förlängningen interventioner som syftar till att minska dödligheten i samband med denna vårdform.

Uppföljningsstudien visade även att risken att dö var mycket hög under tidsperioden precis efter utskrivning, både från LVM-vård och från kriminalvård. Gällande LVM-vård är detta ett tydligt tecken på att syftet med LVM-vården i många fall inte uppnås. Många av dödsfallen i anslutning till utskrivning är överdoser och i den utsträckning det är möjligt bör ytterligare insatser göras för att förebygga överdoser efter utskrivning. Sedan 2016 är det möjligt för LVM-klienter att delta i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO), under tiden de vårdas enligt LVM. Denna förändring har förhoppningsvis haft en effekt på risken för överdoser efter utskrivning och är något som borde utredas vidare.<sup>4</sup> Vid utskrivning från LVM-vården får dessutom sedan 2018 personer med tidigare opioidmissbruk utbildning i hjärt-lungräddning samt en naloxonspray som de kan använda för att avhjälpa en överdos. Om detta har effekt på den förhöjda dödligheten efter utskrivning är ytterligare en fråga som bör undersökas framöver.

---

<sup>4</sup> Vi kommer att utreda detta i ett SiS-finansierat projekt som påbörjas 2023.

I delstudie 2 undersökte vi hur stor andel av personer som kan tänkas uppfylla rekvisiten för vård enligt LVM som faktiskt blir vårdade enligt denna lag. I gruppen potentiella LVM-klienter var det färre än 10 % som hade vårdats enligt LVM året innan de avled. Detta var alltså en grupp individer som hade vårdats på sjukhus för sitt missbruk innan dödsfallet; de var i den bemärkelsen kända inom missbruksvården och uppfyllde med viss sannolikhet rekvisitet om ett fortgående missbruk. Från registerdata är det inte möjligt att fastställa om samtliga dessa personer uppfyllt övriga rekvisit för vård enligt LVM, men det är rimligt att utgå från att mer än 10 % faktiskt gjorde det. I 4 § LVM står att tvångsvård *ska* beslutas om en person med ett missbruk "till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara". Förekommande definitioner av missbruk inkluderar ofta att bruket medför en fara för den fysiska eller psykiska hälsan, så frågan här gäller närmast hur ordet *allvarlig* ska förstås i sammanhanget: hur allvarlig behöver faran vara för att vård enligt LVM ska bli aktuell? Och översatt till termer av risk: hur stor måste risken att dö vara för att hälsan ska betraktas vara i allvarlig fara? I förarbetena till LVM (SOU 1981:7) anges inte vidare hur denna allvarlighetsgrad ska förstås, men det är tydligt att det refererar till något som föreligger akut i tiden, faran måste vara omedelbart överhängande. En mer ingående studie av hur "allvarlig fara" tolkas i praktiken har inte varit möjlig att göra inom projektet men detta är givetvis värt att undersöka vidare.

## Avvikelser från den ursprungliga projektplanen

Projektet har finansierats av SiS och var ursprungligen tänkt att genomföras under perioden 2018–2019. Tyvärr tog det mycket lång tid att få tillgång till data från SiS och först i slutet av maj 2019 hade projektet tillgång till data från samtliga myndigheter. Det visade sig då att för projektet centrala data från SiS var odokumenterade och att data som erhållits dessutom inte höll tillräckligt hög kvalitet för att vara användbara i projektet. Sammantaget innebar detta att projektet inte kunde genomföras som planerat och bristen på adekvata data gällande personer som tvångsvårdas är på sätt och vis ett resultat i sig, som förtjänar att uppmärksammas i sammanhanget.

## Bristande dokumentation gällande placeringar enligt LVM

Flertalet klienter som vårdas enligt LVM vistas under perioder utanför LVM-hemmen, antingen på grund av att de vårdas i annan form (enligt 27 §, LVM), eller på grund av att de avvikit. Ursprungsidén i projektet var att följa klienterna under tiden de är intagna och skatta dödsriskerna separat för tiden som spenderas på LVM-hem, under vård i annan form, samt under tiden som avviken. Utifrån de data som SiS har tillgängliggjort har det inte varit möjligt att fastställa exakt var en klient befann sig under tiden som

hen var inskriven för vård enligt LVM, och vi har i stället varit tvungna att behandla perioden då klienten varit inskriven enligt LVM som ett enhetligt tillstånd i analyserna. Denna brist i dokumentationen hos SiS förhindrar alltså en mer noggrann undersökning av omständigheterna under vilka ett ganska betydande antal klienter avlidit medan de varit inskrivna enligt LVM. Dokumentationen finns sannolikt i SiS journal-system men kan alltså inte med lätthet tillgängliggöras för externa forskare, vilket är beklagligt.

## En jämförelse mellan LVM- och LPT-vård

Ett av delprojekten som inte gick att genomföra, även här på grund av bristfälliga data, var en studie som jämförde personer som vårdats enligt LVM med personer som vårdats inom psykiatrisk tvångsvård, enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), med en missbruksrelaterad huvuddiagnos. Det vill säga hur den eventuella överlappningen ser ut mellan grupperna som vårdas inom dessa olika former av tvångsvård. Spårbarheten av vård enligt LPT, baserat på uppgifter i patientregistret, är ännu mer bristfällig än de problem som gäller LVM-vårdens dokumentation. Enligt Socialstyrelsen är exempelvis informationen om vårdtiderna för LPT-vård inte tillförlitlig.<sup>5</sup> Det ska dock vara möjligt att identifiera de flesta individer som vårdats enligt LPT sedan 2011. Detta delprojekt gick alltså inte att genomföra som planerat, men med tanke på frågans aktualitet, inte minst med anledning av den aktuella Samsjuklighetsutredningen, har vi här gjort en mer begränsad analys som redovisas kort nedan.

Jämförelsen är begränsad till åren 2012–2016, en tidsperiod då de flesta fall av vård enligt LPT ska gå att identifiera i patientregistret. För alla personer som vårdades enligt LVM, eller enligt LPT med en missbruksrelaterad huvuddiagnos, undersöktes eventuell tidigare slutenvård med en diagnos som indikerar psykisk sjukdom (ICD-10-koder i intervallet F2–F99), samt tidigare förskrivning av läkemedel av neuroleptika (ATC-koder som börjar med N05A) och psykoanaleptika (ATC-koder som börjar med N06). Tidigare sjukhusvård och förskrivning av läkemedel undersöktes för en tidsperiod på 5 år innan det först registrerade vårdtillfället (enligt LVM eller LPT).

För att undersöka andelen LVM-klienter som hade vårdats enligt LPT med en missbruksrelaterad huvuddiagnos, och vice versa, valdes samtliga LVM- respektive LPT-klienter som vårdats 2015 eller 2016 ut. För dessa två grupper undersöktes alla vårdtillfällen enligt LPT respektive LVM under tre år innan det först registrerade vårdtillfället (oavsett om det var vård enligt LPT eller LVM).

Personer som vårdats enligt såväl LVM som LPT hade i relativt hög utsträckning haft tidigare kontakt med psykiatri för besvär som inte var missbruksrelaterade, 30 respektive 40 %, vilket visar på en betydande grad av samsjuklighet. Gällande förskrivningar av läkemedel var andelarna ännu högre: 76 respektive 72 %. Överlappningen mellan

<sup>5</sup> Uppgifter från statistiker Mikael Havasi 23/8 2017 och 18/12 2017.

de två grupperna var dock liten; ungefär 18 % av LVM-klienterna hade tidigare vårdats enligt LPT med en missbruksrelaterad huvuddiagnos, och omvänt var det endast 8 % av LPT-klienterna med en missbruksrelaterad huvuddiagnos som vårdats enligt LVM. Detta visar att det förvisso finns en viss överlappning mellan målgrupperna för LVM-respektive LPT-vården, men också att den stora majoriteten av LVM-klienter inte verkar ha tvångsvårdats inom psykiatrin med en missbruksrelaterad huvuddiagnos.

Vi har utifrån tillgängliga data inte kunnat undersöka dödligheten i samband med LPT-vård. Detta är förstås en svaghet inom vårt avgränsade projekt, men det betyder framför allt att kunskapsunderlaget för aktuella förslag (enligt Samsjuklighetsutredningen) om att LVM-vården ska upphöra och i stället ges enligt LPT är otillräckligt. Bättre dokumentation angående vårdförloppet för personer som vårdas enligt LPT är en förutsättning för mer ingående studier över hur denna vårdform kan tänkas påverka den missbruksrelaterade dödligheten.

# Avslutande sammanfattning

Den övergripande bilden vi fått inom projektet är att det är svårt att utvärdera den missbruksrelaterade tvångsvården på grund av bristande dokumentation kring vårdprocesserna. Detta gäller vård enligt både LVM och LPT. Trots detta har vi kunnat påvisa att risken att avlida efter utskrivning från LVM-vården är kraftigt förhöjd, särskilt tiden direkt efter utskrivning. Detta betyder i sin tur att målsättningen med tvångsvården i många fall inte uppfyllts, men det går inte att avgöra om den påtvingade nykterheten som LVM-vården innebär i sig har bidragit till detta. SiS har de senaste åren infört nya åtgärder som kan tänkas minska risken att dö i nära samband med utskrivning, och det är viktigt att dessa åtgärder skyndsamt utvärderas. Det kan även vara aktuellt för myndigheten att ytterligare se över rutinerna vid utskrivning för att minska riskerna för överdoser efter utskrivning. Sedan 2016 har det dessutom varit möjligt att ingå i LARO-behandling inom ramen för LVM-vård, vilket i bästa fall också kan påverka uppdraget att motivera till vård i frivilliga former på ett positivt sätt, och minska dödligheten. Detta kommer vi undersöka i ett kommande SiS-finansierat forskningsprojekt.

Vi har även kunnat visa att risken att avlida var betydande medan klienterna var inskrivna för vård enligt LVM. Tyvärr var det inte möjligt att fastställa om dödsfallen skedde på institutionerna, under vård i annan form eller under avvikningar. SiS borde ha bättre rutiner för dokumentation av personer som avlider då de är inskrivna för vård, och för vårdprocessen i allmänhet, och göra sådana uppgifter tillgängliga för (externa) analyser. Sådana brister visade sig vara ännu mer påtagliga inom LPT-vården, där avsaknad av basala uppgifter om patienterna under och efter inskrivning innebär att insynen försvåras och beslut om vårdens organisering kan komma att fattas på ett mycket osäkert underlag. Jämförelserna mellan LVM-vården och LPT-vården påverkas också av att dataunderlaget är bristfälligt på olika sätt.

När det gäller tillgängligheten till LVM-vård, eller LVM-vårdens träffsäkerhet om man så vill, visade vår studie att endast 10 % av personer som avlider av narkotika-relaterade orsaker vårdats enligt LVM året innan de avled. Detta är alltså en grupp där många torde ha ett fortgående missbruk och vara i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk. En läkare är enligt 6 § LVM skyldig att anmäla potentiella LVM-klienter till socialnämnden om inte vederbörande kan beredas tillfredsställande vård inom hälso- och sjukvården. Under tidsperioden 2000–2016 var det ungefär 1 500 personer som identifierades som potentiella LVM-klienter men som inte beretts vård enligt LVM året innan de avled. Med facit i hand är det nog befogat att fråga om sjukvården för ofta gjort felaktiga bedömningar angående behovet av vård enligt LVM.

# Tack

Vi tackar Carl Pethrus på SiS för hjälp med att klargöra omständigheterna kring 66 dödsfall som skedde i samband med utskrivning från LVM-vård.

# Referenser

- Ezatti, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., & Murray, C. J. L. (red.). (2004). *Comparative Quantification of Health Risks*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/item/9241580313>
- Gerdner, A., & Berglund, M. (2011). *Tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet. I Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga*. SOU 2011:6.
- Gerdner, A. (2004). *Utfall av LVM-vård – översikt och syntes av hittillsvarande studier. I Forskningsrapporter: bilagedel till LVM-utredningens betänkande Tvång och förändring*. SOU 2004:3.
- Hall, T., Chassler, D., Blom, B., Grahn, R., Blom-Nilsson, M., Sullivan, L., & Lundgren, L. (2015). Mortality among a national population sentenced to compulsory care for substance use disorders in Sweden: Descriptive study. *Evaluation and Program Planning*, 49, 53–162.
- Larsson, J., & Leiniö, T-L. (2012). *Beskrivning och 12-månaders registeruppföljning av vuxna klienter intagna på SiS institutioner 1999–2003 (Institutionsvård i fokus, nr 3)*. Statens institutionsstyrelse.
- Ledberg, A. (2015). *Dödsfall relaterade till metadon, buprenorfin och andra opioider. Underlagsrapport till Socialstyrelsens publikation "Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Slutsatser och förslag"*. Socialstyrelsen, diarienummer 3.4- 7632/2015.
- Ledberg, A. (2017). Mortality related to methadone maintenance treatment in Stockholm, Sweden, during 2006–2013. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 74, 35–41.
- Ledberg, A., & Reitan, T. (2022). Increased risk of death immediately after discharge from compulsory care for substance abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 236, 109492. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871622002290>
- Lundgren, L., Blom, B., Chassler, D., & Sullivan, L. M. (2015). Using register data to examine patterns of compulsory addiction treatment care in Sweden: Program planning and methodological implications. *Evaluation and Program Planning*, 49, 149–152.

Padyab, M. R., & Lundgren, L. (2015). Drop-out from the Swedish addiction compulsory care system. *Evaluation and Program Planning*, 49, 178–184.

SiS. (2022). *Personer intagna på SiS LVM-hem 2020. En tabellsammanställning av DOK inskrivningsintervju* (Institutionsvård i fokus, nr 4).

Skr. 2021/22:213. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025*.

SOU 2023:5. *Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja*. Slutbetänkande från Samsjuklighetsutredningen.



# Appendix

EMCDDA:s definition av narkotikarelaterade dödsorsaker baseras på ett antal ICD-10-koder och finns beskriven här: <https://www.emcdda.europa.eu/stats07/DRD/methods>

## Datamaterialet

### Data från Socialstyrelsen

Från Socialstyrelsens personnummerbaserade nationella register har vi använt data från följande register:

- LVM-registret (eg. Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM): register över alla utskrivningar från LVM-vård sedan 1994. Ur registret har hämtats information om inskrivningsdatum, utskrivningsdatum, indikation för vård, klientens situation vid utskrivningen samt demografiska variabler.
- Patientregistret: innehåller data om utskrivningar från sjukhusvård (från 1987) samt specialiserad öppenvård (från 2006). Från och med år 2011 finns även information om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Från detta register har vi hämtat information om tidigare vårdtillfällen för samtliga LVM-klienter, samt information om LPT-vården.
- Dödsorsaksregistret: innehåller information om samtliga dödsfall rörande personer skrivna i Sverige. Detta register har använts för att undersöka dödsfall bland LVM- och LPT-klienter.
- Läkemedelsregistret: innehåller information om alla uttag av recept som gjorts på apotek. Från detta register hämtades information om uttag av läkemedel med verkan på nervsystemet.

### Data från SiS

Från SiS har vi fått kompletterande uppgifter som gäller perioder av vård enligt § 27 LVM, avvikningar från vården samt eventuella sjukhusvistelser under vårdperioden. Dessa data har hämtats från det administrativa systemet KIA.

### Data från SCB

I denna studie har vi använt data från registret över totalbefolkningen (RTB) för att identifiera tidpunkter för utvandring samt eventuella återanvända personnummer.

### Data från Kriminalvården

Från Kriminalvårdsregistret har vi hämtat uppgifter om vilka tidsperioder som kohortpersonerna har varit intagna på anstalt (fängelse).

# Författarpresentation



**Anders Ledberg** arbetar som forskare på Institutionen för folkhälsovetenskap vid Stockholms universitet.

Foto: Kristina Sahle



**Therese Reitan** är docent i statsvetenskap och i folkhälsovetenskap och arbetar som lektor i offentlig förvaltning vid Södertörns högskola. Hon är även knuten till Institutionen för folkhälsovetenskap vid Stockholms universitet. Hennes forskning har varit inriktad på alkohol- och drogpolitik, missbruksvårdens organisering och särskilt frågor som rör tvångsvårdens organisering och utfall. Hon har bland annat publicerat flera arbeten om gravida missbrukare i LVM-vården. Andra forskningsområden på senare åren är ledarskap, förvaltningspolitik, trafiksäkerhet samt spelpolitik.

Tungt missbruk av alkohol och narkotika är förenat med hög dödlighet. Under de senaste åren har ett uttalat politiskt mål i Sverige därför varit att minska antalet missbruksrelaterade dödsfall. För att kunna öka tillgängligheten av vård och stöd för personer med missbruks- och beroendeproblematik behövs dock mer kunskap.

I den här rapporten undersöks om LVM bidrar till att minska den missbruksrelaterade dödligheten. Rapportförfattarna har genomfört två delstudier. I den första undersöktes om LVM-klienters risk att dö beror på i vilken fas i vårdförloppet de befinner sig. Med hjälp av registerdata följdes samtliga personer som vårdats enligt LVM under tidsperioden 1999–2016. I den andra delstudien undersöktes tillgängligheten till LVM, det vill säga om personer som uppfyller kriterierna för denna vårdform också blir vårdade enligt LVM.

Resultaten visar att en tredjedel av de klienter som vårdades enligt LVM avled under uppföljningstiden och att risken var särskilt hög de första trettio dagarna efter utskrivning. Endast en liten andel av de individer som sannolikt uppfyllt rekvisiten för LVM hade vårdats enligt denna vårdform. Rapportens resultat väcker viktiga frågor kring hur LVM-vårdens syfte att motivera till fortsatt behandling i frivillig form uppfylls, och i vilken grad de personer som uppfyller rekvisiten för LVM-vård faktiskt får denna vård.

978-91-87053-99-3