

Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom

*Betänkande av
Utredningen om skyddsåtgärder inom vård och
omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga*

Stockholm 2006



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2006:110

Till statsrådet Maria Larsson

Regeringen beslutade den 3 februari 2005 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att överväga om det finns behov av att införa bestämmelser om skydds- eller tvångsåtgärder inom vården och omsorgen av äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga främst till följd av demenssjukdom.

F.d. justitieombudsmannen Jan Pennlöv förordnades som särskild utredare från den 18 februari 2005.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 17 mars 2005 ämnesrådet Roger Petersson, kammarrättsassessorn Göran Wickström, departementssekreteraren Daniel Zetterberg samt kansli-rådet Patrik Örnsved.

Den 9 december 2005 entledigades Patrik Örnsved. Den 22 februari 2006 entledigades Göran Wickström och Daniel Zetterberg och ersattes från den 15 februari 2006 av kammarrättsassessorn Linda Bågling och departementssekreteraren Petra Zetterberg Ferngren.

Som experter att biträda utredningen förordnades den 17 mars 2005 legitimerade sjuksköterskan, MPH Anita Asplund, utredaren Helena Axestam, professorn Gösta Bucht, sektionschefen Ann Hedberg-Balkå, förbundsordföranden Stina-Clara Hjulström, professorn Elisabeth Rynning och föreningsordföranden Krister Westerlund. Docenten Stig Karlsson förordnades som expert från den 12 december 2005.

Som sekreterare i utredningen förordnades från den 21 mars 2005 kammarrättsassessorn Stefan Axelsson och från den 15 oktober 2005 socionomen Leif Jacobson.

Textredigering och layout har utförts av assistent Lena Enstam.

Utredningen har antagit namnet Utredningen om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga.

Härmed överlämnas betänkandet *Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom* (SOU 2006:110).
Särskilt yttrande har lämnats av experten Elisabeth Rynning.
Uppdraget är härmed avslutat.

Stockholm i december 2006

Jan Pennlöv

/Stefan Axelsson
Leif Jacobson

Innehåll

Förkortningar	19
Sammanfattning	21
Författningsförslag	47
1 Bakgrund	79
1.1 Uppdraget.....	79
1.2 Några kommentarer till uppdraget och direktiven	80
1.2.1 Ett komplext problem som inte kan lösas enbart med lagstiftning	80
1.2.2 På sikt behövs en samlad lagstiftning för personer med nedsatt beslutsförmåga.....	80
1.2.3 Frågan om medicinsk behandling med tvång bör diskuteras i ett större sammanhang	81
1.2.4 Förmynderskapsutredningens förslag har ännu inte blivit föremål för lagstiftning	82
1.2.5 Min syn på några centrala begrepp i direktiven	83
1.2.6 Det saknas uppgifter om hur tvångs- och begränsningsåtgärder används idag.....	84
1.2.7 Det saknas underlag för att beräkna ekonomiska konsekvenser.....	84
1.2.8 Mina utgångspunkter är individens säkerhet och personalens trygghet	85
1.3 Utredningens arbete	85
1.4 Uppdragets förhistoria	87
1.4.1 Socialberedningen föreslår lag om skydd för vissa åldersdementa	87
1.4.2 Regeringen avstyrker socialberedningens lagförslag	89

1.4.3	Socialstyrelsen ger ut föreskrifter och allmänna råd	89
1.4.4	Socialstyrelsen aktualiserar frågan om lagreglering på nytt	90
1.4.5	Demensarbetsgruppen vill att behovet av lagstiftning utreds	91
1.4.6	...liksom Förmynderskapsutredningen	92
1.5	Andra aktuella utredningar och projekt med relevans för mitt uppdrag	92
1.5.1	Förmynderskapsutredningen har föreslagit ny lagstiftning om ställföreträdare	92
1.5.2	SBU har utvärderat aktuell forskning om demenssjukdomar	93
1.5.3	Socialstyrelsen utarbetar nationella riktlinjer för demensvård	94
1.5.4	IMS gör en kunskapsöversikt om yngre personer med demenssjukdom	94
1.5.5	Utredningen om en stärkt och tydligare tillsyn av socialtjänsten	95
2	Internationell utblick	97
2.1	Danmark har lag om tvångsåtgärder för vuxna med psykiska funktionshinder.....	98
2.2	Norge har skyddsregler för personer med psykisk utvecklingsstörning	101
2.3	I Finland finns lagregler för insatser utan samtycke till personer med utvecklingsstörning	104
2.4	Några övriga länder	105
2.4.1	England och Wales	105
2.4.2	Holland	106
2.4.3	USA	107
2.4.4	Japan.....	108
3	Översikt över relevant lagstiftning	109
3.1	Inledning.....	109
3.2	Regeringsformen	109
3.2.1	Allmänt	109

3.2.2	Allmänt om bl.a. kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden	111
3.2.3	Något om begreppet påtvingat	112
3.2.4	Något om begreppen tvång och samtycke.....	116
3.2.5	Något om myndighetsutövning.....	123
3.3	Förvaltningslagen.....	126
3.4	Socialtjänstlagen.....	128
3.4.1	Allmänt.....	128
3.4.2	Särskilda bestämmelser för äldre människor.....	130
3.4.3	Bestämmelser för människor med funktionshinder	131
3.4.4	Enskild verksamhet	132
3.4.5	Bestämmelser av betydelse för handläggningen av socialtjänstären den	133
3.4.6	Anmälan till överförmyndaren	137
3.5	Tvångslagstiftning inom socialtjänsten	137
3.6	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.....	138
3.6.1	Allmänt.....	138
3.6.2	Insatser enligt LSS	141
3.6.3	Huvudmän	142
3.6.4	Enskild verksamhet	143
3.6.5	Handläggning och dokumentation.....	143
3.7	Tillsynen över socialtjänsten och LSS.....	144
3.7.1	Allmänt.....	144
3.7.2	Länsstyrelsens tillsynsansvar.....	144
3.8	Anmälan om missförhållanden (Lex Sarah)	146
3.9	Äldreskyddsombud.....	147
3.10	Lagstiftning inom hälso- och sjukvården	148
3.10.1	Allmänt	148
3.10.2	Hälso- och sjukvårdslagen.....	149
3.10.3	Självbestämmande och information.....	150
3.10.4	Bestämmelser för den offentliga sjukvården	153
3.11	Lag om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område (LYHS)	157

3.12	Tillsynen över hälso- och sjukvården.....	158
3.12.1	Socialstyrelsens tillsyn.....	159
3.12.2	Disciplinåtgärd och återkallelse av legitimation....	160
3.13	Patientjournalagen.....	162
3.14	Lag om psykiatrisk tvångsvård	164
3.14.1	Inledning	164
3.14.2	Allvarlig psykisk störning.....	165
3.14.3	Samtycke till vård	167
3.15	Gemensam nämnd.....	168
3.16	Ställföreträdare enligt föräldrabalken.....	169
3.17	Nödrätten	171
3.18	Sekretess och tystnadsplikt.....	175
3.18.1	Inledning	175
3.18.2	Sekretesslagen (1980:100).....	176
3.18.3	Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade....	177
3.19	Konventioner och rekommendationer.....	178
3.19.1	Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen)	178
3.19.2	FN:s internationella konvention om medborgerliga och politiska rättigheter	182
3.19.3	Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin.....	183
3.19.4	Europarådets rekommendation om hjälpbehövande vuxna	184
4	Den potentiella målgruppen – ”personer med nedsatt beslutsförmåga”	193
4.1	Vuxna personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga	193
4.2	Personer med demenssjukdom.....	194
4.2.1	Vad är demens?	194
4.2.2	De vanligaste demenssjukdomarna	195
4.2.3	Alzheimers sjukdom	195

4.2.4	Vaskulär demens	196
4.2.5	Pannlobsdemens eller frontallobsdemens	196
4.3	Tillstånd som kan likna demens	197
4.3.1	Förvirringstillstånd	197
4.3.2	Depression	197
4.4	Andra grupper med nedsatt beslutsförmåga	198
4.4.1	Personer med utvecklingsstörning	198
4.4.2	Personer med förvärvad hjärnskada	198
4.4.3	Personer med psykiska funktionshinder	199
4.4.4	Personer med nedsatt beslutsförmåga inom sjukvården	199
5	Indelning och beskrivning av tvångs- och begränsningsåtgärder	201
5.1	Mekaniska tvångs- och begränsningsåtgärder	201
5.2	Fysiska tvångs- och begränsningsåtgärder	203
5.3	Rörelselarm med elektroniska brickor	206
5.4	Videoövervakning	208
5.5	Passiva larm	209
5.6	Medicinering som tvångs- och begränsningsåtgärd	209
5.7	Sambandet mellan skaderisker, tvångs- och begränsningsåtgärder och hjälpmedel	211
6	Forskning om skydds- och tvångsåtgärder	213
6.1	Förekomst av fysiska begränsningsåtgärder	213
6.2	Faktorer som påverkar användandet av fysiska begränsningsåtgärder	215
6.3	Kunskap och attityder	215
6.4	Miljöns betydelse för förekomst av fysiska begränsningsåtgärder	216

6.5	Positiva och negativa effekter av fysiska begränsningsåtgärder.....	216
6.6	Fysiska begränsningsåtgärder ur ett etiskt perspektiv.....	217
6.7	Åtgärder för att påverka förekomst av fysiska begränsningsåtgärder.....	219
	Referenser	220
7	Utveckling inom hjälpmedelsområdet	223
7.1	Lättare att utveckla hjälpmedel för kontroll än för att stödja den demenssjuke i sitt dagliga liv	223
7.2	Utvecklingen inom hjälpmedelsområdet	224
7.2.1	EU-projekt om hjälpmedel för demenssjuka	224
7.2.2	Hjälpmedelsinstitutets (HI) projekt ”Teknik och demens”	224
7.2.3	Karolinska Institutet utvärderar nytt system för kognitivt stöd	225
7.3	Oklart om kostnadsansvar för hjälpmedel.....	225
7.4	Teknologiska hjälpmedel och etik.....	226
7.4.1	Samtycker personen med demenssjukdom till teknologin?	226
7.4.2	Hur förändras samhällets syn på integritet?	227
8	Värdegrund och etiska utgångspunkter	229
8.1	Värdegrund i lagstiftningen	229
8.2	Demensvård har hög prioritet	229
8.3	Etik, val och konflikter	230
8.4	Referat av två fall i etikrådet	231
8.4.1	Att lura en vårdtagare	231
8.4.2	Kan man flytta en pensionär mot dennes vilja?	236
9	Demensvård – utveckling, mål, organisation, resurser ...	243
9.1	Förändrade förutsättningar	243
9.2	Mål och inriktning.....	244

9.3	Vården för personer med demenssjukdom	245
9.3.1	Vård och omsorg inom socialtjänsten	245
9.3.2	Vård och behandling inom hälso- och sjukvården ...	248
9.4	Yrkesgrupper, ansvar och roller	248
9.4.1	Kommunal biståndsbedömare	249
9.4.2	Chefer för särskilda boenden och för insatser i ordinärt boende.....	250
9.4.3	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	250
9.4.4	Övriga sjuksköterskor inom demensvård	251
9.4.5	Verksamhetschef inom hälso- och sjukvården	252
9.4.6	Läkare	253
9.4.7	Arbetsterapeut	254
9.4.8	Psykolog.....	254
9.4.9	Sjukgymnast.....	254
9.5	Närståendes roll	255
9.6	Social och medicinsk tillsyn	257
9.6.1	Länsstyrelsernas tillsyn	257
9.6.2	Socialstyrelsens tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården	258
10	Hur behöver demensvården utvecklas för att förebygga behovet av tvångs- och begränsningsåtgärder?	259
11	Allmänna överväganden och förslag om innehåll, personkrets och tillämpningsområde	263
11.1	Inledning.....	263
11.1.1	Vissa legaldefinitioner.....	266
11.2	Principiella synpunkter på vård och behandling för personer med nedsatt beslutsförmåga	267
11.3	Åtgärder som innebär tvång, begränsningar och inskränkningar i integritetsskyddet behöver regleras i lag.....	271
11.4	Lagen ska omfatta personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom	273

11.5	Lagen ska omfatta specifika åtgärder för att förhindra uppenbar risk för allvarliga personskador.....	277
11.6	Lagens möjligheter till tvångs- och begränsningsåtgärder samt inskränkningar i integritetsskyddet.....	278
11.6.1	Möjlighet att flytta en person till särskilt boende	279
11.6.2	Möjlighet att låsa ytterdörren för enskilda personer.....	284
11.6.3	Möjlighet att använda sänggrindar, bälten och brickbord.....	287
11.6.4	Möjlighet att använda pejlings- och larmanordningar	288
11.6.5	Möjlighet att hålla fast eller föra bort en aggressiv och orolig person som utgör en allvarlig skaderisk för sig själv och andra	290
11.6.6	Möjlighet att fullfölja nödvändiga omvårdnadsinsatser	291
11.7	Utgångspunkter och krav för att använda lagens tvångs- och begränsningsåtgärder	293
11.7.1	Möjlighet att leva så normalt som möjligt även om det innebär risker	294
11.7.2	Ingen ska behandlas kränkande och nedvärderande.....	295
11.7.3	Lagen ska förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder.....	295
11.7.4	Konsekvenserna av att inte ingripa berättigar tvångs- och begränsningsåtgärderna	296
11.7.5	Vad innebär ”uppenbar risk att skada sig själv”?	296
11.7.6	Vad innebär ”uppenbar risk att skada andra”?	297
11.7.7	Vad innebär ”allvarlig skada”?	297
11.8	Var ska lagen kunna tillämpas?	298
11.8.1	Avgränsning mot sluten vård på sjukhus	299
11.8.2	Avgränsning mot LSS.....	301
11.8.3	Lagens tillämplighet i särskilt respektive ordinärt boende	304

12 Utredning, beslut och överklagande	307
12.1 Ett ärendes inledande, handläggning och dokumentation ..	307
12.1.1 Inledande av ett ärende	307
12.1.2 Handläggning och dokumentation	310
12.2 Vad ska ingå i utredningar som ska läggas till grund för beslut om tvångs- eller begränsningsåtgärder?	310
12.3 Beslutsordning och genomförande inom socialtjänstens område	312
12.3.1 Beslutsfattare vid slutliga beslut	314
12.3.2 Beslutsfattare vid tillfälliga beslut	319
12.3.3 Beslutsfattare i akuta situationer	323
12.3.4 Begränsningar i socialnämndens möjlighet att meddela ett tillfälligt beslut	324
12.3.5 Tillfälliga beslut av domstolen	326
12.3.6 Genomförande av en beslutad åtgärd	330
12.4 Överklagande av ett beslut gällande tvångs- och begränsningsåtgärder	331
12.4.1 Överklagbarhet	331
12.4.2 Vem ska ha rätt att överklaga ett beslut?	332
12.4.3 Överklagande av ett slutligt beslut av socialnämnden	334
12.4.4 Överklagande av ett tillfälligt beslut av socialnämnden	334
12.4.5 Överklagande av förvaltningsdomstols beslut	335
12.4.6 Prövningstillstånd	336
12.5 Ett slutligt besluts giltighet i tiden och därmed sammanhängande frågor	338
12.5.1 Ett slutligt besluts giltighet i tiden	339
12.5.2 Övervägande av ett beslut om tillåtande att använda en tvångs- eller begränsningsåtgärd	339
12.5.3 Begäran om att ett beslut ska upphävas	342
12.5.4 En närståendes ställning	343
12.5.5 Upphävande av ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd	344
12.5.6 Delegation	344

12.6	Ett tillfälligt besluts giltighet i tiden.....	345
12.6.1	Inledning	346
12.6.2	Slutligt beslut har ej meddelats/ansökan hos länsrätten har ej gjorts av socialnämnden inom föreskriven tid.....	346
12.6.3	Skäl för ett tillfälligt beslut föreligger inte längre	349
12.7	Handläggningsfrister m.m.	351
12.7.1	Skyndsam handläggning	351
12.7.2	Handläggningen av en ansökan om att en dörr ska få låsas i ett ärende där det föreligger ett tillfälligt beslut	353
12.7.3	Överklagande av ett tillfälligt beslut.....	353
12.7.4	Verkställighet av ett beslut om flyttning till ett särskilt boende.....	354
12.8	Muntlig förhandling i förvaltningsdomstol	355
12.8.1	Inledning	356
12.8.2	Muntlig förhandling i länsrätt och kammarrätt ...	356
12.8.3	Kallelse till muntlig förhandling	358
12.8.4	Plats för muntlig förhandling.....	360
12.9	Domstols sammansättning.....	361
12.9.1	Sammansättningen i länsrätt	361
12.9.2	Sammansättningen i kammarrätt	362
12.10	Delgivning	363
12.11	Medicinsk undersökning.....	365
12.11.1	Förordnande av socialnämnden om medicinsk undersökning.....	365
12.11.2	Förordnande av domstol om medicinsk undersökning.....	368
12.12	Besluts verkställighet.....	369
12.12.1	Inledning	369
12.12.2	Tillfälliga beslut	370
12.12.3	Övriga beslut	370

12.13	Polishandräckning.....	372
12.13.1	Inledning.....	373
12.13.2	Begäran av socialnämnden om biträde i samband med genomförande av en medicinsk undersökning.....	373
12.13.3	Begäran av socialnämnden om biträde för att återföra en person som har lämnat ett särskilt boende	374
12.13.4	Begäran av socialnämnden om biträde vid verkställande av beslut om flyttning till särskilt boende	376
12.13.5	Delegation m.m.....	377
12.13.6	Begäran av domstol om biträde vid genomförande av en medicinsk undersökning.....	377
12.14	Ställföreträdare	378
12.14.1	Inledning.....	378
12.14.2	Vem eller vilka ska kunna företräda den enskilde?	379
12.14.3	Anmälan om behov av god man.....	382
12.14.4	Tillfälligt beslut av överförmyndaren om utseende av god man.....	383
12.14.5	Utseende av god man.....	383
12.15	Offentligt biträde	384
13	Förslag till lag om tvång vid medicinsk behandling ...	389
13.1	En erfaren personal är grundläggande för att minska behovet av medicinsk behandling med tvång	391
13.2	Medicinsk behandling med tvång ska regleras i lag.....	392
13.3	Lagens tillämpningsområde och personkrets	392
13.4	Medicinsk behandling med tvång ska inte tillåtas i patientens ordinära bostad.....	393
13.5	Lagen ska gälla inom kommunens sjukvårdsansvar	394
13.6	När gäller lagen och när gäller nödrätten?	395

13.7	En patientansvarig läkare (PAL) ska utses för kontinuitet och patientsäkerhet.....	395
13.8	En god man ska bevaka patientens intressen och rättigheter.....	398
13.9	PAL beslutar om att medicinsk behandling får ges med tvång.....	399
13.10	Ska beslut om att använda tvång vid medicinsk behandling kunna överklagas?	401
13.10.1	En patient ska kunna överklaga ett beslut om att tvång får användas vid medicinsk behandling.....	401
13.10.2	PAL ska inte kunna överklaga länsrättens beslut.....	403
13.11	Krav på utredning vid medicinsk behandling med tvång.....	404
13.12	Krav på dokumentation och rapportering vid medicinsk behandling med tvång.....	405
13.13	All medicinering med tvång ska ske för patientens bästa.....	406
14	Överväganden och förslag om sekretess och tystnadsplikt	407
14.1	Sekretess inom den offentliga hälso- och sjukvården.....	408
14.2	Sekretess inom den offentliga socialtjänsten	409
14.3	Tystnadsplikt i enskild verksamhet	410
14.4	Uppgiftsutbyte mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.....	411
15	Europakonventionen om mänskliga rättigheter innebär inget hinder mot mina förslag.....	415

16	Överväganden och förslag om införande, utvärdering och ekonomiska konsekvenser	419
16.1	Lagens införande förutsätter noggrann förberedelse	420
16.2	Det krävs en nationell statistik för att utvärdera lagstiftningens effekter	421
16.3	Svårt att bedöma lagstiftningens ekonomiska konsekvenser	422
16.4	Osäkerhet om personkretsens storlek är ett avgörande hinder för att beräkna kostnader	423
16.5	Övergripande om förslagen och dess kostnadskonsekvenser	424
16.6	Kostnadskonsekvenser av olika förslag.....	426
16.6.1	Demensdiagnos blir ett nytt krav i utredningen	426
16.6.2	God man ska utses.....	427
16.6.3	Länsrätt och socialnämnd beslutar om åtgärderna.....	428
16.6.4	Överklagande och offentligt biträde	430
16.6.5	Tvång vid medicinsk behandling	430
16.6.6	Konsekvenser för social och medicinsk tillsyn....	431
16.7	Översikt av lagens konsekvenser för huvudmän och verksamheter.....	432
16.8	Några kostnadsscenarioer/ räkneexempel	433
17	Författningskommentarer	437
17.1	Förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall.....	437
17.2	Förslaget till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall.....	457
17.3	Andra författningsförslag	469
17.3.1	Förslag till lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar.....	469
17.3.2	Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)	470

17.3.3	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.....	471
17.3.4	Förslag till lag om ändring i lagen (1998:544) om vårdregister	472
17.3.5	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	473
17.3.6	Förslag till lag om ändring i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten	474
17.3.7	Förslag till lag om ändring i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet	474
17.3.8	Följdändringar.....	475
	Särskilt yttrande.....	477
 Bilagor		
<i>Bilaga 1</i>	Kommittédirektiv (Dir. 2005:11)	483
<i>Bilaga 2</i>	Förslagen i Förmynderskapsutredningens slutbetänkande (SOU 2004:112) såvitt gäller ställföreträdarskap inom hälso- och sjukvården respektive området för social välfärd.....	493
<i>Bilaga 3</i>	Danmark.....	497
<i>Bilaga 4</i>	Demenssjukdomar och andra sjukdomar med kognitiv störning – uppkomst, symtom, prognos och behandling	509

Förkortningar

A.a.	Anförda arbete
A. prop.	Anförda proposition
AD	Arbetsdomstolen
BrB	Brottsbalken
Dnr	Diarienummer
Ds	Departementsskrivelse
FPL	Förvaltningsprocesslagen (1971:291)
f.	Följande sida
ff.	Följande sidor
FL	Förvaltningslagen (1986:223)
FB	Föräldrabalken
GPS	Global Positioning System = är ett system för satellitnavigering
GSM	Global Standard for Mobile communication = ett universiellt system för mobiltelefoni
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
IMS	Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete
JK	Justitiekanslern
JO	Riksdagens ombudsmän (JO)
KL	Kommunallagen (1991:900)
LAFD	Lag (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LRV	Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LVM	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
LYHS	Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

MAS	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
PAL	Legitimerad patientansvarig läkare enligt 27 § hälso- och sjukvårdslagen
Prop.	Proposition
RF	Regeringsformen
RÅ	Regeringsrättens årsbok
RB	Rättegångsbalken
S.	Sidan
s.	Sidan
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SMER	Statens medicinskt etiska råd
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SON	Socialnämnden
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar
SoU	Socialutskottet

Sammanfattning

Uppdraget

Mitt uppdrag har sammanfattningsvis varit

- att överväga om det finns behov av lagregler för skydds- eller tvångsåtgärder, inom vård och omsorg av äldre personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom,
- att i den analysen balansera den enskildes behov av integritet mot behovet av att skydda honom eller henne från att allvarligt skada sig själv eller andra,
- att – om skyddsbehovet överväger – föreslå vilka skydds- eller tvångsåtgärder som ska tillåtas i lag, hur besluten ska fattas och dokumenteras samt hur insyn och tillsyn kan utformas samt
- att beräkna om och hur förslagen påverkar huvudmännens kostnader.

Betänkandet

Betänkandet innehåller 17 kapitel. De första 10 kapitlen är att se som en bred beskrivning av bakgrund till och förutsättningar för uppdraget. I kapitel 11 och 12 redovisas överväganden och förslag till innehåll och regelverk för en lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall. I kapitel 13 redovisas överväganden och förslag om en särskild lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall. Kapitel 14 behandlar frågor om sekretess och tystnadsplikt och i kapitel 15 konstateras att lagförslagen är förenliga med Europakonventionen om mänskliga rättigheter. I kapitel 16 redovisas frågor om införande och utvärdering samt ekonomiska konsekvenser. Kapitel 17 innehåller författningskommentarer till den föreslagna lagstiftningen.

Bakgrund

Inledningsvis kommenterar jag några punkter i direktiven som principiellt påverkar förutsättningarna för mitt arbete och mina förslag.

Det gäller framför allt svårigheterna att begränsa personkretsen för en lagstiftning till personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom. Det finns risk för att en sådan begränsning leder till etiska, rättsliga och organisatoriska avgränsningsproblem i förhållande till i första hand personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av utvecklingsstörning och förvärvad hjärnskada.

Enligt min uppfattning behövs det på lite sikt lagregler som omfattar alla grupper med nedsatt beslutsförmåga inom sjukvård och socialtjänst som är neutrala i förhållande till såväl funktionshinder och diagnos som huvudman, lagområde, verksamhetsområde och driftsform.

Uppdraget att föreslå regler för möjlighet till medicinsk behandling med tvång tangerar svåra medicinskt - etiska och existentiella frågor som, enligt min bedömning, bör diskuteras i särskild ordning. Jag tänker då på frågor i anslutning till vård i livets slutskede som av naturliga skäl blir aktuella inom demensvården.

Jag konstaterar också att det är angeläget att de av förmyndarskapsutredningens förslag som har relevans för mitt uppdrag kan bedömas och bli föremål för beslut. Det gäller särskilt förslaget att överförmyndaren ensam ska kunna besluta att utse en god man i brådskande fall och anmäla beslutet i efterhand till tingsrätten. En sådan möjlighet för överförmyndaren skulle få en mycket stor betydelse för tillämpningen av de lagregler som jag föreslår. Även förslagen om att inrätta vårdombud, som kan företräda patienter med nedsatt beslutsförmåga inom hälso- och sjukvården, och om att införa s.k. framtidsfullmakter eller livstestamenten är angelägna i detta sammanhang.

I övrigt redovisas hur utredningen har arbetat, vilka kontakter som tagits samt uppdragets förhistoria. Av den framgår bl.a. att Socialstyrelsen 1999 begärde att regeringen skulle tillsätta en utredning om hur rättsskyddet skulle kunna stärkas för äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga till följd av bl.a. demenssjukdom. Socialstyrelsen motiverade sin begäran bl.a. med

- att det är relativt vanligt att hela enheter är låsta så att det i realiteten är omöjligt för personer med demenssjukdom att ta sig ut,
- att skyddsåtgärder ibland används på ett sätt som strider mot lag,
- att rättsskyddet för personer med nedsatt beslutsförmåga är otillräckligt samt
- att nuvarande normering inte ger tillräcklig vägledning för personalen.

Avslutningsvis redovisar jag några andra aktuella utredningar och projekt med relevans för mitt uppdrag. Som särskilt viktiga vill jag framhålla dels den systematiska forskningsöversikt av demenssjukdom (förekomst, riskfaktorer, utredning, behandling, etik och kostnader) som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) nyligen publicerat dels Socialstyrelsens uppdrag att utarbeta vetenskapligt grundade nationella riktlinjer för behandling, vård och omsorg av personer med demenssjukdom. De senare beräknas kunna publiceras i början av 2008.

Internationell utblick

Jag redovisar hur några andra länder har reglerat tvångs- och begränsningsåtgärder för personer med nedsatt beslutsförmåga. Tonvikten ligger på Danmark och Norge som kan jämföras med Sverige vad gäller t.ex. vårdens innehåll och organisation samt synen på den enskildes integritet och skyddsbehov.

I Danmark finns sedan år 2000 regler för tvångsåtgärder (magtanvendelse) för vuxna personer, inklusive personer med demenssjukdom, med varaktigt nedsatt psykisk funktionsförmåga.

I Norge finns sedan 1999 skyddsregler för personer med utvecklingsstörning. Där pågår också ett arbete (en proposition finns) med att förtydliga och utvidga den rättsliga grunden för sjukvårdsinsatser för patienter som saknar förmåga till samtycke som t.ex. patienter med demenssjukdom.

Översikt över relevant lagstiftning

Jag redovisar en relativt omfattande översikt av annan lagstiftning. Den omspanner främst lagstiftning som har direkt relevans för principerna bakom och innehållet i mina förslag till tvångs- och begränsningsåtgärder samt lagar och regler som ger förutsättningar för beslutsprocess, företrädarskap, överklagande m.m. Men jag har även tagit med ett antal lagar och bestämmelser som reglerar socialtjänst och hälso- och sjukvård med syftet att mer generellt beskriva rättsliga och andra förutsättningar för den verksamhet inom vilken mina lagförslag ska tillämpas.

Regeringsformens bestämmelser om kroppsliga fri- och rättigheter (avsnitt 3.2) och det faktum att dessa endast kan inskränkas genom lag är grundläggande utgångspunkter för mitt uppdrag. Samma gäller Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (3.19.1).

Viktiga utgångspunkter är även de lagar som nu reglerar möjligheter till tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänst och sjukvård – lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT (avsnitt 3.14), bestämmelserna om ansvarsfrihet för nöd- och nödvärnshandlingar i brottsbalken (avsnitt 3.17) liksom lagarna om (tvångs-) vård av unga (LVU) och om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). De senare (avsnitt 3.5) har i stor utsträckning fått stå modell för mina förslag till regler för utredning, beslut och överklagande.

Europarådets rekommendation om hjälpbehövande vuxna (avsnitt 3.19.4) är ett principiellt och etiskt viktigt fundament för mina överväganden och förslag.

Personer med nedsatt beslutsförmåga

Jag redovisar att i storleksordningen 130 000–170 000 vuxna personer i Sverige kan antas ha mer eller mindre varaktigt nedsatt beslutsförmåga. Dessa återfinns framför allt bland personer med demenssjukdom, men även bland personer med utvecklingsstörning, med förvärvad hjärnskada samt med djup och varaktig psykisk sjukdom. Ytterligare en grupp utgörs av personer som får vård och behandling inom slutenvård. Det finns en rad olika tillstånd där själva sjukdomen eller dess behandling kan påverka patientens kognitiva förmåga tillfälligt eller under längre tid.

Personer med demenssjukdom är enligt direktiven den primära målgruppen för mitt uppdrag. Jag beskriver (avsnitt 4.2) kortfattat demenssjukdomarna med symptom och konsekvenser samt hänvisar till en fördjupad medicinsk redovisning av dessa frågor (bilaga 4), som professor Gösta Bucht m.fl. skrivit på utredningens uppdrag.

I Sverige uppskattas antalet personer med demenssjukdom till 139 000, varav cirka 8 000 personer är yngre än 65 år. Cirka 24 000 personer beräknas insjukna årligen. Hög ålder är den främsta riskfaktorn. Enligt beräkningar kommer antalet personer med demenssjukdom att öka och kan uppgå till över 250 000 år 2050.

Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen och drygt 80 000 personer beräknas ha insjuknat i den. Alzheimer drabbar oftast människor efter 65 års ålder men kan i enstaka fall debutera redan i 50-årsåldern. Sjukdomen kommer oftast smygande och förloppet är långsamt. Minnet, tankeförmågan och förmågan att hitta påverkas först. Förvirringstillstånd är vanligast i senare skeden av sjukdomsförloppet.

Vaskulär demens orsakas av störningar i hjärnans blodflöde. Högt blodtryck tidigare i livet liksom hjärtbesvär och diabetes är viktiga riskfaktorer. Man beräknar att cirka 35 000 personer har vaskulär demens. Sjukdomssymptomen beror på vilka delar av hjärnan som skadats och kan bestå i initiativlöshet, försämrad planeringsförmåga, problem att klara vardagen, försämrat minne m.m.

Pannlobs – eller frontallobsdemens är en mer ovanlig sjukdom som cirka 7 000 personer beräknas ha. Den debuterar i typiska fall tidigt, ibland före 50 års ålder. Symptomen är då oftast personlighetsförändringar, försämrat omdöme och avtrubbat känsloliv. Minnet och tankeförmågan försämras först senare i sjukdomsförloppet.

Olika infektionssjukdomar, läkemedel, yttre förändringar som byte av bostad m.m. kan leda till tillfälliga tillstånd av förvirring eller depression hos framför allt äldre personer med eller utan demenssjukdom. Dessa tillfälliga tillstånd, som i många avseenden påminner om demenssjukdom, kan dock så gott som alltid behandlas med gott resultat. Det är därför viktigt att vården kan identifiera dessa tillstånd och särskilja dem från demenssjukdomen, som alltid är kronisk till sin karaktär.

Tvångs- och begränsningsåtgärder

Jag redovisar en indelning av olika tvångs- och begränsningsåtgärder som Alzheimer Europa (en paraplyorganisation för Alzheimer – föreningar i Europa) sammanställt efter en kartläggning av sådana åtgärder i alla EU-länder. Mitt syfte är att översiktligt redovisa hur man bedömer och definierar dessa åtgärder i ett europeiskt perspektiv som bakgrund till en noggrannare redovisning av svenska bedömningar och förutsättningar samt mina överväganden och förslag. Alzheimer Europas indelning omfattar i korthet

- Mekaniska tvångs- och begränsningsåtgärder som t.ex. brickbord, stolar med fasta eller lösa bälten, sänggrindar, tvångströjor.
- Fysiska tvångs- och begränsningsåtgärder som framför allt låsta dörrar.
- Rörelselarm med elektroniska brickor.
- Videoövervakning för att övervaka speciella utrymmen.
- Passiva larm som t.ex. elektroniska tryckdynor under mattor och madrasser, infraröda alarm och elektronisk ljudövervakning.
- Medicinering som tvångs- och begränsningsåtgärd dvs. att använda sövande eller lugnande mediciner för att påverka symptom på rastlöshet eller stört beteende.

Utredningens studiebesök och övriga kontakter visar att de tvångs- och begränsningsåtgärder som används i Sverige är låsta dörrar (oftast kodlås), sänggrindar, brickbord och selar samt olika former av larm. Mycket tyder på att dessa åtgärder används relativt allmänt och ofta. Det förekommer också att medicin blandas i mat eller dryck, om man tror att patienten annars skulle motsätta sig att ta medicinen, och att läkemedel används för att lugna och dämpa personer som stör och oroar övriga på enheten/avdelningen.

Jag redovisar (avsnitt 5.7) en schematisk översikt över grundläggande samband mellan skaderisker, tvångs- och begränsningsåtgärder och hjälpmedel som jag uppfattat dem. Översikten belyser också några alternativ till tvångs- och begränsningsåtgärder för att förebygga skador vid risk för fall. Så t.ex. kan höj- och sänkbara sängar ibland ersätta sänggrindar. S.k. höftskyddsbyxor och halkfria sockor kan vara ett alternativ till att spanna fast personer med brickbord eller bälte.

Forskning om skydds- och tvångsåtgärder

Jag redovisar en sammanställning av relevant svensk och internationell forskning som docent Stig Karlsson gjort på utredningens uppdrag. Den visar att det är vanligt att skador och olyckor bland äldre personer förebyggs genom fysiska tvångs- och begränsningsåtgärder. Lokala svenska studier visar att omkring var fjärde person i särskilt boende kan vara föremål för sådana åtgärder och att de särskilt ofta förekommer på sjukhem och i gruppboenden för personer med demenssjukdom. De vanligaste åtgärderna är bälten, brickbord och sänggrindar.

Studier visar att det finns en allmänt negativ inställning till fysiska begränsningsåtgärder bland vårdpersonal, men att dessa ofta anser sig sakna alternativa åtgärder. En liknande uppfattning finns hos närstående, som ofta tror att fysiska begränsningsåtgärder är det enda sättet att skydda mot fallskador. I forskningslitteraturen finns beskrivet att vårdpersonal ofta lämnas att själva ta ställning till konfliktfyllda val mellan att använda begränsningsåtgärder eller att tillåta att äldre och demenssjuka personer får röra sig fritt.

Flera vetenskapliga studier visar dock att minskad användning av tvångs- och begränsningsåtgärder i praktiken inte leder till fler fallskador. Studier visar också att risken för andra, direkta och indirekta, medicinska skador (trycksår, försämrad cirkulation, förstopning, försämrad ämnesomsättning m.fl.) ökar som en konsekvens av att tvångs- och begränsningsåtgärder används.

Utveckling inom hjälpmedelsområdet

Det sker en snabb utveckling av olika former av elektroniska hjälpmedel för att underlätta för personal och närstående att skydda och övervaka personer med demenssjukdom. Det finns däremot få hjälpmedel framtagna för att underlätta för den enskilde med demenssjukdom själv i sina vardagliga aktiviteter. En viktig förklaring till detta är att tekniska hjälpmedel oftast förutsätter förmåga till nyinlärning och symboliskt tänkande, något som kraftigt försämras redan i tidiga stadier av sjukdomsutvecklingen.

Värdegrund och etiska utgångspunkter

I socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) finns formuleringar om självbestämmande, integritet, respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet som blir giltiga också i en lag som reglerar tvångs- och begränsningsåtgärder för personer med demenssjukdom. Dessa personer uppfyller också alla krav för att ingå i prioriteringsgrupp 1 enligt riksdagens beslut om riktlinjer för hur hälso- och sjukvårdens resurser ska prioriteras efter olika patientgruppers behov.

Jag belyser etiska aspekter på tvångs- och begränsningsåtgärder genom att återge två praktikfall som Socialstyrelsens etikråd för socialtjänsten har diskuterat och dokumenterat. Praktikfallen beskriver två grannliga, laddade och svårlösta problemsituationer som kan förekomma inom demensvården, nämligen när och hur det är försvarligt att dels medicinera, dels flytta en person med demenssjukdom utan dennes samtycke. Det ingår i mitt uppdrag att föreslå hur dessa situationer kan regleras och jag bedömer att beskrivningen och analysen av praktikfallen på ett förtjänstfullt sätt belyser praktiska, etiska och rättsliga problem och förutsättningar i sammanhanget.

Demensvårdens organisation och resurser

För 25–30 år sedan fanns de flesta personer med svårare demenssjukdom i flerbäddsrums antingen på mentalsjukhus eller inom landstingets somatiska långvård. Nu finns i princip alla dessa personer i särskilda boenden inom socialtjänsten med egna hyreskontrakt.

Personer med demenssjukdom har som regel behov av insatser från både sjukvård och socialtjänst under sjukdomsförloppet och en effektiv samverkan mellan dessa huvudmän är en förutsättning för framgångsrik vård.

Jag beskriver (avsnitt 9.4) samverkan och ansvarsgränser utifrån några centrala yrken och roller för att ange förutsättningar för hur behov av tvångs- och begränsningsåtgärder kan utredas och beslutas.

Närstående till personer med demenssjukdom svarar enligt flera vetenskapliga studier för mer än fyra gånger så mycket stöd som

den offentliga vården. Det är också närstående som ofta utses till gode män med legal status att företräda personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom.

Biståndsbedömaren ska skaffa sig en helhetsbild av den enskildes situation och funktion (vad han eller hon klarar av), tidigare insatser, socialt nätverk, bostadsförhållanden, dagliga vanor och intressen. Denna bild ska sedan vägas samman med information från professionella yrkesutövare inom hälso- och sjukvården samt inte minst från de närstående till ett biståndsbeslut.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) är länken mellan sjukvård och socialtjänst och har ansvar för kvalitet och säkerhet inom kommunal hälso- och sjukvård.

Undersköterskan svarar för daglig och löpande omvårdnad på särskilda boenden och kan utföra enklare sjukvårdsuppgifter.

Demenssjuksköterskan har oftast ett patient- och omvårdningsansvar som huvuduppgift, men kan dessutom ansvara för samordning och utbildning inom demensvård. Demenssköterskan kan ha såväl kommunen som landstinget som arbetsgivare.

Läkarens uppgift är dels att genomföra demensutredningar, dels att stå för löpande medicinsk bedömning och kontakt med de sjuka och deras närstående. De flesta läkare med djupare kunskap om demenssjukdom är geriatriker, psykiatriker eller allmänläkare. Kommunerna kan inte anställa läkare, men de flesta kommuner har avtal med landstinget om läkarmedverkan i särskilda boenden.

Arbetsterapeuten kan bedöma funktionsförmågan i demensutredningar samt handleda övrig personal i metoder för att bevara och aktivera den demenssjukes funktioner. Det är ofta arbetsterapeuten som förskriver hjälpmedel.

Sjukgymnasten kan utforma träningsprogram som är anpassade efter olika demenssjuka personers förmåga och symptom. I vissa kommuner har sjukgymnaster fått rätten att förskriva rörelsehjälpmedel som rollatorer och höftskyddsbyxor.

Hur kan behovet av tvångs- och begränsningsåtgärder förebyggas?

Ett beslut om lagreglering av tvångs- och begränsningsåtgärder måste följas av föreskrifter och allmänna råd samt lokala riktlinjer och handlingsplaner.

Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för demensvård måste fullföljas liksom den särskilda studien om unga demenssjukas behov.

Det behövs en fortsatt satsning på utbildning och kompetens inom demensvården såväl för personal inom den offentliga och privata vården som för närstående och frivilligorganisationerna.

Mycket viktigt är också att förutsättningarna för tidiga demensutredningar och korrekta diagnoser förbättras genom satsningar på såväl ökad spetskompetens som på en mer effektiv samverkan mellan berörda yrkesgrupper.

Förslag till lagregler för tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten

Behövs lagregler om möjligheter till åtgärder som innebär tvång och andra begränsningar av rörelsefrihet och inskränkningar i integritetsskyddet?

Mina förslag och bedömningar:

- Fördelarna med en lagstiftning om tvångs- och begränsningsåtgärder överväger nackdelarna vid en samlad bedömning.
- Huvudmotiven för en lagstiftning är bättre skydd och rättssäkerhet för den enskilde, minskad användning av tvångs- och begränsningsåtgärder, ökad säkerhet för personalen i dagligt arbete, reglerad och förbättrad information till närstående samt krav i Regeringsformen och Europakonventionen.
- Lagen ska begränsas till de situationer där behovet av tvångs- och begränsningsåtgärder är uppenbart på grund av risken för att den enskilde annars kan komma till allvarlig skada eller allvarligt skada någon annan.

Det är inte realistiskt att tro att personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom kommer att kunna vårdas helt utan inslag av tvång, begränsningar av rörelsefriheten eller inskränkningar i integritetsskyddet. Personalen kommer alltid att behöva genomföra vård och omsorg utan den enskildes samtycke, och ibland även mot dennes vilja, för att kunna ge nödvändig omvårdnad och förhindra allvarlig skada. Tvångs- och begränsningsåtgärder ska dock vara sista utvägen och endast användas när det inte är möjligt att skydda den enskilde eller annan person på

något annat sätt. Åtgärderna får inte vara mer omfattande och ingripande än vad som är nödvändigt för att undvika den aktuella risken. De måste alltid kunna försvaras med etiska och behandlingsmässiga motiv och får inte användas för att minska behovet av personal.

Vilket är lagens tillämpningsområde?

Mina förslag och bedömningar:

- Lagen ska omfatta personer som på grund av demenssjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den tvångs- eller begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg.
- Kravet för att ingå i personkretsen ska vara att den enskilde antingen 1) beviljats bistånd enligt SoL i form av särskilt boende, dagverksamhet eller hemtjänst eller insats enligt LSS i form av ”bostad med särskild service för vuxna” eller ”daglig verksamhet”, eller 2) har flyttats mot sin vilja till ett särskilt boende utan att ha beviljats sådant bistånd enligt SoL eller sådan insats enligt LSS.
- Lagen ska inte omfatta personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av utvecklingsstörning eller förvärvad hjärnskada.

Det finns med all säkerhet personer med nedsatt beslutsförmåga och liknande beteende och skaderisker bland personer med utvecklingsstörning samt personer med förvärvad hjärnskada t.ex. på grund av stroke. Jag föreslår dock att personkretsen begränsas till personer med demenssjukdom. Frågan om att utöka personkretsen bör tas upp när lagen utvärderas efter fem år.

Jag kan inte se några bärande motiv för att begränsa lagens personkrets till personer över 65 år. Den åldersgränsen har ingen avgörande betydelse för sjukdomens debut eller förlopp m.m. Det är dessutom känt att omkring 8 000 personer under 65 år har en demenssjukdom idag.

Frågan om vilken läkar- eller annan medicinsk kompetens som ska krävas för att fastställa att en person har en demenssjukdom, som lett till nedsatt beslutsförmåga, bör regleras av Socialstyrelsen i föreskrifter. Socialstyrelsen kommer också att belysa frågor om utredning, medicinskt underlag, diagnostiska metoder m.m. i sina

nationella riktlinjer för demensvård som avses att publiceras under 2008.

Vilka möjligheter till tvångs- och begränsningsåtgärder ska lagen ge?

Mina förslag:

I syfte att förhindra att personer i lagens personkrets utsätter främst sig själva, och ibland även andra, för uppenbar risk för allvarlig skada ska lagen medge att individuella beslut får fattas om rätten att

- flytta en person till ett särskilt boende,
- låsa ytterdörren eller dörren till en avdelning eller enhet,
- använda sänggrindar, brickbord, bälte, sele eller liknande anordningar,
- använda pejlings- och larmanordningar,
- hålla fast eller föra bort en aggressiv person till ett annat rum samt
- fullfölja nödvändiga omvårdnadsinsatser trots att den enskilde gör motstånd.

Tvångs- och begränsningsåtgärder utöver de som föreslås ovan saknar stöd i lag och är således inte tillåtna. Det är således inte tillåtet att t.ex. isolera personer genom att låsa in dem i sina bostäder/rum eller att i övrigt använda lagens tvångs- och begränsningsåtgärder i situationer som inte är förenade med en uppenbar risk för att den enskilde kan drabbas av en allvarlig personskada. Det är inte heller tillåtet att använda mikrofoner eller videoutrustning för att övervaka dem som ingår i lagens personkrets.

Vad ska krävas för att använda lagens tvångs- och begränsningsåtgärder?

Mina förslag och bedömningar:

- Lagen ska syfta till att minska omfattningen av tvångs- och begränsningsåtgärder.
- Personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom ska kunna leva ett så normalt och värdigt liv som möjligt, även om det innebär vissa risker.
- Ingen ska behandlas kränkande eller nedvärderande.

- Tvångs- och begränsningsåtgärder får aldrig användas för att kompensera brist på personal, bristande utbildning hos personalen eller brister i lokaler och utrustning.
- Tvångs- och begränsningsåtgärder ska alltid användas så kortvarigt och skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till den enskilde och dennes närstående.

Det är kommunens/socialnämndens ansvar att organisera demensvården så att behovet av tvångs- och begränsningsåtgärder blir det minsta möjliga genom att framför allt ge resurser för en tillräcklig personalbemanning samt ge personalen möjligheter till utbildning och handledning.

Utgångspunkten måste vara att även personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom ska kunna leva ett normalt liv, som så långt möjligt påminner om hur de levde före sjukdomen. Jag bedömer att detta är grundläggande för att de ska kunna behålla självrespekt, hälsa och livskvalitet. Jag tror också att ett tydligt uttalande att det finns risker i vård och omsorg, och att dessa ibland måste accepteras, kan ha stor betydelse för såväl närstående som för personalen. Just makars och barns oro för att deras make/maka eller förälder med demenssjukdom ska falla och skada sig liksom personalens oro för att de i så fall kan få obehag är starka drivkrafter för att tvångs- och begränsningsåtgärder ska tillgripas för "säkerhets skull". Vi vet samtidigt att en äldre person, som förhindras att gå eller röra sig normalt, snabbt förlorar i muskelstyrka och balans och blir mycket mer fallbenägen.

Var ska lagen kunna tillämpas?

Mina förslag och bedömningar:

- Lagen ska tillämpas inom den primärkommunala socialtjänsten, dvs. i verksamheter som socialnämnd eller motsvarande ansvarar för.
- Behovet av och förutsättningarna för lagens tvångs- och begränsningsåtgärder finns i huvudsak på särskilda boenden.
- Möjligheterna att använda åtgärderna i ordinärt boende är mycket begränsade av tillsyns- och säkerhetsskäl.
- Lagen ska inte gälla vid slutenvård på sjukhus enligt HSL.

Det är på särskilda boenden som de allra flesta personer i personkretsen – personer med svår demenssjukdom – vistas permanent och det är där som behov av tvångs- och begränsningsåtgärder av självklara skäl oftast uppstår.

Förutsättningen för beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder i ordinärt boende måste vara att kommunen lika säkert som i ett särskilt boende kan kontrollera att besluten inte leder till skador och obehag. Beslut om tvångs- eller begränsningsåtgärder i ordinärt boende kan därför i princip endast avse lagliga möjligheter att fullfölja vissa omvårdnadsinsatser trots den enskildes motstånd samt möjlighet att använda pejlings- och larmanordningar för att den enskilde ska kunna bo kvar längre i det egna hemmet.

Mitt främsta skäl för att utesluta sluten vård på sjukhus är att jag ser avgörande fördelar med att avgränsa lagens tillämpningsområde till kommunen. Det är kommunerna som ansvarar för verksamheter där målgruppen vistas den dominerande tiden och där problem som lagen ska lösa i allt väsentligt uppstår. Avgränsningen förenklar besluts- och överklagandeprocessen väsentligt liksom frågor om hur lagen kan införas, följas upp och utvärderas. Frågan om att även inkludera sluten vård på sjukhus bör tas upp vid den utvärdering av lagen som jag föreslår ska ske efter fem år.

Vilka regler ska gälla för utredning, beslut och överklagande?

Nedanstående schema beskriver översiktligt mina förslag till tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten samt förslag till beslutsprocess.

<i>Åtgärd</i>	<i>Utreda/ansöka om beslut</i>	<i>Tillfälligt beslut</i>	<i>Slutligt beslut</i>	<i>Möjlighet delegera slutligt beslut</i>	<i>Beslut kan överklagas till</i>
1) Flytta till särskilt boende	SoN	Länsrätt	Länsrätt	Nej	Kammarrätt
2) Låsa dörr/hålla kvar/återföra	SoN	SoN	Länsrätt	Nej	Kammarrätt
3) Använda sänggrind bälte, brickbord	SoN	SoN	SoN	Ja	Länsrätt
4) Använda pejlings- eller larmutrustning	SoN	SoN	SoN	Ja	Länsrätt
5) Hålla fast eller föra bort en aggressiv person	SoN	SoN	SoN	Ja	Länsrätt
6) Fullfölja nödvändig omvårdnad	SoN	SoN	SoN	Ja	Länsrätt

Utredning

Socialnämnden ska inleda en utredning när den får kännedom om att det kan finnas skäl för en tvångs- eller begränsningsåtgärd. Den enskilde ska i mål och ärenden enligt denna lag företräddas av en god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken. I samband med att en utredning inleds ska nämnden därför till överförmyndaren anmäla att den enskilde behöver företräddas av en god man.

God man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken förordnas av tingsrätten. Detsamma gäller för det fall ett tillfälligt beslut om god man behöver meddelas i avvaktan på att ett slutligt beslut kan meddelas. Förmynderskapsutredningen föreslår i sitt betänkande bl.a. att överförmyndaren ska kunna meddela ett tillfälligt beslut om god man i nu nämnda situation. Det är för tillämpningen av de förslag jag framlägger i detta betänkande av mycket stor vikt att förmynderskapsutredningens förslag i denna del genomförs.

När en utredning har inletts ska socialnämnden också, om det inte är uppenbart obehövt, förordna om en medicinsk undersökning av den enskilde. I mål som är anhängiga i domstol får även domstolen besluta om en sådan undersökning.

Den utredning som ska läggas till grund för tvångs- eller begränsningsåtgärder ska bl.a. innehålla

- ett skriftligt yttrande om att personen har nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom och därför saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den åtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg,
- en redogörelse för tidigare vidtagna och planerade åtgärder för att förhindra eller begränsa risken för att den enskilde drabbas av en allvarlig skada eller allvarligt skadar någon annan,
- en redovisning av varför socialnämnden bedömer att det finns en uppenbar risk för att den enskilde drabbas av en allvarlig skada eller allvarligt kan skada någon annan om inte en tvångs- eller begränsningsåtgärd får användas,
- en plan som visar hur de negativa effekterna av en tvångs- eller begränsningsåtgärd minimeras och hur denna åtgärd på sikt kan ersättas med en mindre ingripande åtgärd, och
- en redovisning av hur den enskildes närstående har informerats samt vilka synpunkter de och den gode mannen har framfört om den aktuella åtgärden.

Beslutsordning

Socialnämnden

Socialnämnden beslutar om tillåtelse att använda sänggrind m.m., pejlings- och larmanordningar, fasthållning och bortförande till ett annat rum samt åtgärder för att genomföra nödvändiga omvårdnadsåtgärder. Socialnämnden får i brådskande fall beträffande samtliga åtgärder, utom flyttning till ett särskilt boende, besluta att en åtgärd får användas tillfälligt. Förutsättningarna för att ett tillfälligt beslut får meddelas är dels att det är sannolikt att den enskilde tillhör lagens personkrets och att en åtgärd behövs, dels att ett slutligt beslut inte kan avvaktas med hänsyn till behovet av att kunna ge nödvändig vård och omsorg eller förhindra en uppenbar risk för att den enskilde allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Om nämndens beslut inte kan avvaktas får nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat besluta i frågan. Ett sådant s.k. ordförandebeslut ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde. Socialnämnden får, innan en god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken har förordnats för den enskilde, inte meddela ett slutligt beslut eller till länsrätten inge en ansökan om att en tvångs- eller begränsningsåtgärd ska få användas.

Ett tillfälligt beslut upphör att gälla fyra veckor efter dagen för beslutet om socialnämnden vid denna tidpunkt inte har avgjort saken slutligt eller beträffande åtgärden eller låsning av en dörr hos länsrätten ansökt om att åtgärden ska få vidtas. Socialnämnden får beträffande åtgärderna användning av sänggrind m.m. pejlings- och larmanordning, fasthållning och bortförande till ett annat rum samt genomförande av nödvändiga omvårdnadsinsatser dessförinnan förlänga denna tid med högst två veckor.

Socialnämndens möjlighet att delegera sin beslutanderätt begränsas i vissa hänseenden. Detta gäller dock inte för slutligt beslut om tillåtande av de tvångs- och begränsningsåtgärder som nämnden har behörighet att själv besluta om.

Länsrätten

Länsrätten beslutar, efter ansökan från socialnämnden, om åtgärderna flyttning till särskilt boende och låsning av dörr. Länsrätten får meddela ett tillfälligt beslut beträffande samtliga tvångs- och begränsningsåtgärder, dvs. även flyttning till särskilt boende.

Verkställighet, omprövning och upphörande av beslut

Socialnämndens och domstolens beslut enligt lagen, såväl slutliga som tillfälliga, gäller som huvudregel omedelbart. Ett slutligt beslut om medgivande till en tvångs- eller begränsningsåtgärd är inte begränsat i tiden. Socialnämnden ska dock vara skyldig att minst en gång var sjätte månad överväga om en beslutad åtgärd fortfarande behövs. Denna skyldighet omfattar samtliga tvångs- och begränsningsåtgärder.

Socialnämnden har, om en tvångs- eller begränsningsåtgärd inte längre behövs, både rätt och skyldighet att genast upphäva det beslut som tillåter åtgärden. Denna skyldighet omfattar såväl tillfälliga som slutliga beslut. När det gäller tillfälliga beslut har även domstol en sådan befogenhet. Ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd ska alltid omprövas om den enskilde, dvs. i praktiken hans eller hennes gode man, begär det. En närstående som inte är förordnad till god man har inte formell rätt att begära att ett beslut omprövas.

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar beträffande övervägande/omprövning och upphävande av ett slutligt beslut om en

tvångs- eller begränsningsåtgärd kan endast delegeras till en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden.

Ett slutligt beslut om att en person ska flytta till ett särskilt boende upphör att gälla, om flyttningen inte har genomförts inom fyra veckor från den dag då beslutet vann laga kraft. Bestämmelsen har införts i syfte att verkställigheten av denna åtgärd, som är den mest ingripande åtgärden enligt lagen, inte ska hållas svävande under alltför lång tid.

Handläggning

Om det finns ett behov av att använda en tvångs- eller begränsningsåtgärd enligt lagen ligger det i sakens natur att en åtgärd ska kunna vidtas så snart som möjligt. I lagen införs därför en allmän bestämmelse om att mål och ärenden enligt lagen ska handläggas skyndsamt. När det gäller ett ärende – i vilket det finns ett tillfälligt beslut - som avser en ansökan från socialnämnden om att en dörr ska få låsas är det av rättssäkerhetsskäl särskilt viktigt att länsrätten prövar saken så snart som möjligt eftersom den enskilde i denna situation är att anse som frihetsberövad. Länsrätten ska därför pröva en sådan ansökan inom en vecka från den dag då den kom in till domstolen. Denna tid får under vissa förutsättningar förlängas av länsrätten.

Åtgärderna flyttning till särskilt boende och låsning av en dörr är av mycket ingripande karaktär. Mot den bakgrunden ska länsrätten eller kammarrätten i mål om ansökan och eller om upphörande av dessa åtgärder som huvudregel hålla muntlig förhandling. Undantag från detta får endast ske om det är uppenbart obehövligt. Muntlig förhandling i dessa mål ska dock alltid hållas om någon part begär det. Detta ska parterna upplysas om. Beträffande övriga mål enligt lagen tillämpas 9 § förvaltningsprocesslagen (1971:291).

Länsrätten ska vid avgörande av mål om tvångs- och begränsningsåtgärder som huvudregel, i enlighet med 17 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar, vara domför med en lagfaren domare och tre nämndemän. När det gäller mål om tillfälligt beslut föreslås att länsrätten, om det inte är påkallat av någon särskild anledning att målet prövas av fullsuttet rätt, ska vara domför med en lagfaren domare ensam. Vid handläggningen i kammarrätten ska, utom i mål om tillfälliga beslut, nämndemän ingå.

I mål enligt denna lag ska offentligt biträde förordnas, om det inte måste antas att behov av ett biträde saknas. När det gäller åtgärden flyttning till särskilt boende ska, på grund av den åtgärdens mycket ingripande karaktär, offentligt biträde kunna förordnas redan när ärendet inleds i socialnämnden.

Polishandräckning

Socialnämnden ska kunna begära biträde av polis (polishandräckning) för att

1. bereda den som ska genomföra en medicinsk undersökning tillträde till den enskildes bostad eller föra den enskilde till den plats där undersökningen ska genomföras, om detta ska ske på annan plats,
2. verkställa ett beslut om att någon ska flytta till ett särskilt boende eller
3. återföra den som bor på ett särskilt boende eller vistas på en dagverksamhet, om han eller hon har avvikit därifrån och det finns ett beslut om låsning av dörr för honom eller henne.

Även domstol ska, när denna har beslutat om medicinsk undersökning, kunna begära polishandräckning under de förutsättningar som anges i punkten 1 ovan.

Överklagande

Socialnämndens beslut om tillåtande och upphävande av en tvångs- eller begränsningsåtgärd ska kunna överklagas. Även tillfälliga beslut av nämnden får överklagas. Andra beslut av socialnämnden enligt denna lag får inte överklagas. Detta gäller t.ex. beslut om att en medicinsk undersökning ska genomföras. Överklagande av nämndens beslut görs hos länsrätten. Även förvaltningsdomstols beslut om användande av tvångs- och begränsningsåtgärder ska kunna överklagas. Bestämmelser om detta finns i förvaltningsprocesslagen. Det uppställs inte något krav på prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätt.

Behörig att överklaga ett beslut enligt denna lag är den enskilde själv, vilket i praktiken innebär hans eller hennes gode man.

Förslag till lagregler för tvångsåtgärder vid medicinsk behandling

Mina förslag och bedömningar:

- En särskild lag ska reglera medicinsk behandling förenad med direkt tvång eller som ges på annat sätt för att undvika sådant tvång som t.ex. att blanda medicin i mat eller dryck utan patientens vetskap.
- Lagen ska tillämpas inom den primärkommunala socialtjänsten, dvs. i verksamheter som socialnämnd eller motsvarande ansvarar för och inom ramen för kommunens sjukvårdsansvar.
- Grundvillkoret för att omfattas av lagen ska vara att patienten till följd av demenssjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den medicinska behandling som bedöms nödvändig med hänsyn till hans hälsotillstånd.
- Ett ytterligare villkor ska vara att patienten 1) har beviljats bistånd i form av särskilt boende och dagverksamhet enligt SoL eller beviljats insatserna ”bostad med särskild service för vuxna” eller ”daglig verksamhet” enligt LSS, eller 2) har flyttats mot sin vilja till ett särskilt boende utan att ha beviljats sådant bistånd enligt SoL eller insats enligt LSS.
- Medicinsk behandling med tvång ska inte vara tillåten i patientens ordinära bostad.
- Den grundläggande förutsättningen för att behandla en patient med tvång ska vara att patientens hälsotillstånd annars riskerar att allvarligt försämrats.
- En legitimerad patientansvarig läkare (PAL) ska utses när frågan om att behandla en patient med tvång aktualiseras.
- PAL ska anmäla behov av god man till överförmyndaren.
- PAL ska kunna fatta tillfälliga eller slutliga beslut om att behandling kan ges med tvång.
- Som villkor för ett tillfälligt beslut ska gälla
 - att patientens hälsotillstånd riskerar att allvarligt försämrats om inte den medicinska behandling, som han motsätter sig, snabbt kan påbörjas eller fullföljas samt
 - att det måste antas att patienten ingår i lagens personkrets.
- Ett tillfälligt beslut ska gälla i fyra veckor och kan förlängas med ytterligare två veckor.
- Giltighetstiden för ett slutligt beslut får inte överstiga tre månader och det får förlängas med högst tre månader i taget.
- Ett slutligt beslut får inte fattas innan god man förordnats.

- Av PALs utredning som grund för ett slutligt beslut om att en viss medicinsk behandling ska kunna genomföras med tvång ska bl.a. framgå
 - att patientens hälsotillstånd annars riskerar att allvarligt försämrans,
 - hur det framgått att patienten motsätter sig den aktuella behandlingen,
 - hur de negativa effekterna av en tvångsåtgärd kan minimeras och hur den på sikt kan ersättas med en mindre ingripande åtgärd.
 - hur samråd skett med närstående och god man.
- PALs tillfälliga och slutliga beslut om att en patient kan bli föremål för medicinsk behandling med tvång ska kunna överklagas av patienten.
- Prövningstillstånd ska inte krävas vid överklagande till kammarrätt.
- PAL ska inte kunna överklaga länsrättens beslut i ett sådant mål.
- PAL ska tydligt dokumentera beslut om och verkställighet av medicinsk behandling med tvång i patientens journal som underlag dels för sin egen omprövning, dels för Socialstyrelsens tillsyn.
- PAL ska rapportera beslut om medicinsk behandling med tvång till socialnämnden och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS).
- PAL ska lämna uppgifter om alla beslut om tvång vid medicinsk behandling till Socialstyrelsen.

Det är förenat med svåra bedömningar och beslut om och när en patient med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom antingen kan tvingas att mot sin uttryckliga vilja ta medicin som han eller hon behöver eller att sådan medicin kan döljas för patienten genom att den blandas i mat eller dryck. Sådana bedömningar kan inte överlämnas till enskilda vårdbiträden, undersköterskor eller sjuksköterskor.

Jag redovisar därför förslag om hur medicinsk behandling med tvång vad avser bl.a. ansvarsfrågor, medicinska och etiska bedömningsgrunder samt dokumentation och uppföljning kan regleras i en särskild lag.

Jag anser att det av rättsligt principiella skäl måste finnas en möjlighet att överklaga beslut om att tvång får användas för att

genomföra en viss medicinsk behandling. Domstolen ska kunna bedöma om den föreslagna behandlingen kan anses ha en sådan effekt eller påverkan på patientens hälsotillstånd att det är försvarligt att använda tvång, men däremot inte om en viss medicinsk behandling eller ett visst läkemedel ska väljas före ett annat. Med hänsyn bl. a. till gällande etiska regler för läkare samt de förtydligade krav på samråd med god man och närstående som jag föreslår är jag emellertid övertygad om att antalet överklaganden kommer att bli mycket begränsat.

Om domstolen bedömer att det inte är försvarligt att använda tvång för att genomföra en medicinsk behandling ska beslutet upphävas och påbörjad behandling avslutas.

Jag betonar särskilt att medicinsk behandling med tvång inte får användas om syftet inte är den enskildes bästa. Jag anser det inte försvarbart att t.ex. ge lugnande eller sövande medicin till en patient med skrik- eller vandringsbeteende om det primära syftet är att skapa lugn för medpatienter och personal.

Införande, utvärdering och ekonomiska konsekvenser

Införande och utvärdering

Mina förslag och bedömningar:

- Lagreglerna om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten samt om tvång vid medicinsk behandling ska gälla från den 1 januari 2009.
- Socialnämnderna ska senast till den 30 september 2009 utreda om de personer som vid ikraftträdandet är föremål för tvångs- och begränsningsåtgärder fyller lagens krav och – i så fall – antingen själva fatta formella beslut inom sitt ansvarsområde eller ansöka hos länsrätten om beslut om låsning av dörr.
- Länsrätterna ska senast den 30 december 2009 pröva sådana ansökningar.
- Socialstyrelsen bemyndigas att utarbeta föreskrifter för tillämpning av lagstiftningen.
- Lagreglerna utvärderas efter fem år.
- En nationell expertgrupp utses för att följa lagarnas tillämpning och effekter.

- Socialstyrelsen ges uppdraget att under 2008 genomföra en nationell kartläggning av omfattningen av pågående tvångs- och begränsningsåtgärder som ett utgångsläge för utvärderingen av de nya lagarnas effekter.
- Socialstyrelsen ges dessutom uppdraget att utveckla och införa en nationell och årlig statistik över beslut enligt de nya lagarna som ska visa om lagreglerna leder till fler eller färre tvångs- och begränsningsåtgärder.

Erfarenheter från införandet av annan ny och komplex lagstiftning inom socialtjänstområdet, som t.ex. i samband med Ädelreformen, visar att det krävs en grundlig förberedelse i form av föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen, regionala konferenser för att informera politiker och tjänstemän samt seminarier och utbildningar för att förbereda den personal som ska tillämpa lagstiftningen i praxis. Jag bedömer att Socialstyrelsen, som ligger närmast till hands att nationellt ansvara för detta, liksom kommunerna behöver ett visst resurstillskott under en tvåårsperiod för att klara ett gott införande, men jag anser inte att jag har underlag för att precisera några belopp.

Jag bedömer dessutom att det vore värdefullt om införandet av lagreglerna om tvångs- och begränsningsåtgärder samt om medicinsk behandling med tvång kunde samordnas med informationen om Socialstyrelsens nationella riktlinjer för demensvård. Dessa beräknas, som framgått, kunna publiceras under 2008. Kunskap om goda och evidensbaserade metoder och förhållningssätt är, enligt min övertygelse, den bästa förutsättningen för att kunna undvika tvångs- och begränsningsåtgärder som inte är absolut nödvändiga.

Ekonomiska konsekvenser

Mina bedömningar:

- Staten får ökade kostnader genom det nya domstolsförfarandet, det ökade antalet ärenden om godmanskäp, den årliga offentliga statistiken över lagens beslut, nationell normering och utvärdering samt nya uppgifter för social och medicinsk tillsyn.

- Kommunerna får ökade kostnader genom högre krav på utredning, dokumentation och beslut i samband med tvångs- och begränsningsåtgärder samt ökade kostnader för att utse, utbilda och arvodera gode män.
- Landstinget får ökade kostnader för fler demensdiagnoser och ökade krav på läkares samråd och dokumentation vid medicinsk behandling med tvång.
- Men lagstiftningen bör samtidigt innebära lägre kostnader för framför allt kommunerna genom ökad tydlighet om vad personalen får och inte får göra.

Mina förslag innebär att tvångs- och begränsningsåtgärder, som nu används utan lagstöd, ska definieras och villkoras i lag samt utredas, dokumenteras och beslutas enligt en formell ordning med krav på rättssäkerhet och insyn.

Utgångspunkten är att samtliga åtgärder som regleras i lagförslaget redan idag förekommer inom vården av personer med demenssjukdom, men att de genomförs utan stöd i lag. En grundfråga i diskussionen om ekonomiska konsekvenser är därför vilket merarbete och vilka merkostnader som direkt kan härledas till mina förslag.

Ju vanligare dessa åtgärder är idag och ju noggrannare kommunerna samt berörda läkare utreder förutsättningarna innan man använder dem, desto mindre skulle i praktiken kostnadsökningen bli om mina förslag genomförs. Mitt allmänna intryck under utredningsarbetet är att ansvarig personal i kommunerna redan nu som regel noga prövar behov och förutsättningar innan man använder tvångs- och begränsningsåtgärder.

Det saknas statistiska uppgifter som grund för en skattning av hur många tvångs- och begränsningsåtgärder som förekommer idag samt för hur många personer. Det finns således en stor osäkerhet om hur många personer med demenssjukdom som skulle omfattas av mina lagförslag. Därmed saknas grundläggande förutsättningar för att beräkna nuvarande kostnader för dessa åtgärder med ledning av antal åtgärder/personer och styckekostnader.

I enlighet med mitt uppdrag redovisar jag i avsnitt 16.8 en kalkylmodell och ett räkneexempel som visar att den samlade kostnadsökningen för kommuner, landsting och stat det första året med ny lagstiftning skulle kunna uppgå till mellan cirka 30 och 160 miljoner kronor. Exemplet bygger dock på antaganden om hur många personer som har tvångsåtgärder före respektive efter en

lagstiftning, hur många beslut som kommer att fattas av domstol och hur många av dessa som kommer att överklagas m.m. Antaganden som är mycket osäkra därför att närmare kunskap saknas.

Min bestämda uppfattning är dock att kostnadsökningen kommer att begränsas framför allt därför att

- lagregleringen kommer att leda till färre tvångs- och begränsningsåtgärder,
- de allra flesta personer som kan bli aktuella för tvångs- och begränsningsåtgärder redan har en demensdiagnos,
- domstolsprövningen av dessa mål kommer som regel att bli enklare och därmed billigare än för mål enligt LVU och LVM samt att
- ytterst få beslut i socialnämnd, av PAL eller i domstol kommer att överklagas därför att man bör utgå från att beslutsfattarna, bortsett från undantagsfall, endast kommer att aktualisera tvångsåtgärder för personer för vilka behovet är uppenbart och när närstående och god man samtycker.

Författningsförslag

1 Förslag till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § I denna lag finns bestämmelser om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten som syftar till att

1. förhindra eller begränsa risken för att personer som omfattas av lagen utsätter sig själva eller andra för en uppenbar risk att drabbas av en allvarlig skada, och

2. förebygga och begränsa användningen av tvång till de situationer då det är nödvändigt för att förhindra sådan skada.

Bestämmelserna om handläggning och dokumentation i socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade gäller i tillämpliga delar i verksamhet enligt denna lag.

2 § När en åtgärd vidtas enligt denna lag skall det, i enlighet med de i 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) och 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade angivna målen för samhällets socialtjänst, ske

1. med respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet,

2. på ett sätt som står i rimlig proportion till syftet med åtgärden, och

3. så att ingreppet görs så kortvarigt och skonsamt som möjligt med största möjliga hänsyn till den enskilde.

En mindre ingripande åtgärd skall användas om den är tillräcklig.

3 § Med socialtjänst enligt denna lag avses verksamhet som bedrivs enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Med socialnämnd enligt denna lag avses den eller de nämnder som

1. enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten, eller

2. enligt 22 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade utövar kommunens verksamhet enligt den lagen.

Med särskilt boende enligt denna lag avses

1. boende i en sådan boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453),

2. bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade, och

3. korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt 9 § 6 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade som verkställs i ett korttidshem.

Med dagverksamhet enligt denna lag avses

1. dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453), och

2. daglig verksamhet enligt 9 § 10 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Tillämpningsområde

4 § Denna lag tillämpas på personer som

1. till följd av demenssjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den tvångs- eller begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg, och

2. beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453) i form av

a) särskilt boende,

b) dagverksamhet,

c) hemtjänst, eller

3. beviljats insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade med en kommun som huvudman i form av

a) särskilt boende, eller

b) daglig verksamhet.

Lagen tillämpas också på personer som inte beviljats stöd enligt första stycket 2 eller 3, såvitt avser flyttning till särskilt boende enligt 6 §. När en sådan flyttning har genomförts, tillämpas lagen även om stöd inte har beviljats.

Lagen är inte tillämplig inom den slutna hälso- och sjukvården.

Tvångs- och begränsningsåtgärder

5 § De tvångs- och begränsningsåtgärder som regleras i denna lag är

1. flyttning till särskilt boende (6 §),
2. låsning av ytterdörr (7 §),
3. användning av sänggrind (8 § 1),
4. användning av brickbord, bälte, sele eller annan liknande anordning (8 § 2),
5. användning av pejlings- och larmanordning (9 §),
6. fasthållning eller bortförande (10 §), och
7. åtgärder för att genomföra nödvändiga omvårdnadsinsatser (11 §).

Flyttning till särskilt boende

6 § En enskild som inte redan bor i ett särskilt boende och som ger uttryck för att motsätta sig en flyttning, får flyttas till ett sådant boende, om

1. det är nödvändigt för att den enskilde skall kunna erhålla erforderlig hjälp med sin dagliga livsföring, och
2. den enskilde om han eller hon inte flyttas utsätter sig själv för en uppenbar risk att drabbas av en allvarlig skada.

Låsning av ytterdörr

7 § En ytterdörr eller en dörr till en avdelning i ett särskilt boende eller en dagverksamhet får låsas för en enskild om det finns en uppenbar risk för att den enskilde, om han eller hon lämnar boendet eller dagverksamheten, kan drabbas av en allvarlig skada.

Låsning får bara ske på ett sådant sätt att en enskild som inte omfattas av åtgärden och som inte själv kan öppna dörren, ges möjlighet att med kort dröjsmål lämna det låsta utrymmet.

När en åtgärd enligt denna paragraf beslutats får det också användas fysiskt tvång i form av fasthållning för att förhindra att den enskilde lämnar det särskilda boendet eller dagverksamheten eller för att föra tillbaka honom eller henne till boendet eller dagverksamheten.

Användning av sänggrind m.m.

8 § Om det finns en uppenbar risk för att en enskild annars drabbas av en allvarlig skada får den enskildes möjligheter att röra sig begränsas genom användning av

1. sänggrind i syfte att förhindra att den enskilde faller ur sängen, och
2. brickbord, bälte, sele eller annan liknande anordning för att förhindra att den enskilde faller ur eller reser sig från en stol.

Användning av pejlings- och larmanordning

9 § Om det finns en uppenbar risk för att en enskild drabbas av en allvarlig skada genom att lämna sin bostad eller en dagverksamhet, får den enskilde förses med en elektronisk pejlings- eller larm-anordning.

Om det finns en uppenbar risk för att en enskild drabbas av en allvarlig skada när han eller hon vistas i sin bostad eller i en dagverksamhet, får en elektronisk larmanordning användas.

Fasthållning eller bortförande

10 § En enskild i ett särskilt boende eller en dagverksamhet får hållas fast eller föras bort till ett annat rum, om det finns en uppenbar risk för att han eller hon annars allvarligt skadas någon annan eller sig själv och situationen inte kan lösas på annat sätt.

Åtgärder för att genomföra nödvändiga omvårdnadsinsatser

11 § Om det krävs för att genomföra nödvändiga omvårdnadsinsatser får, om det finns en uppenbar risk för att den enskilde lider allvarlig skada, fysiskt tvång användas mot en enskild som motsätter sig eller ger uttryck för att motsätta sig insatserna.

Utredning

12 § Socialnämnden skall inleda en utredning, när den har fått kännedom om att det för en enskild kan finnas skäl för användning av tvångs- eller begränsningsåtgärder enligt denna lag.

13 § I mål och ärenden enligt denna lag skall den enskilde företrädas av en god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken. Så snart en utredning enligt 12 § inleds, skall socialnämnden hos överförmyndaren anmäla att den enskilde behöver företrädas av en god man.

14 § När en utredning enligt denna lag inleds skall socialnämnden, om det inte är uppenbart obehövt, låta genomföra en medicinsk undersökning av den enskilde. Socialnämnden skall samtidigt utse den som skall genomföra undersökningen.

Den som genomför en undersökning enligt första stycket skall i ett skriftligt yttrande ange om förutsättningarna enligt 4 § första stycket 1 är uppfyllda.

15 § Socialnämndens utredning skall innehålla

1. ett yttrande enligt 14 §,
2. en redogörelse för tidigare vidtagna och planerade åtgärder för att förhindra eller begränsa risken för att den enskilde drabbas av en allvarlig skada eller allvarligt skadar någon annan,
3. en redovisning av varför nämnden bedömer att det finns en uppenbar risk för att den enskilde drabbas av en allvarlig skada eller allvarligt kan skada någon annan om inte en tvångs- eller begränsningsåtgärd får användas,
4. en plan som visar hur de negativa effekterna av en tvångs- eller begränsningsåtgärd minimeras och hur denna åtgärd på sikt kan ersättas med en mindre ingripande åtgärd, och
5. en redovisning av hur den enskildes närstående har informerats samt vilka synpunkter de och den gode mannen har framfört angående den aktuella åtgärden.

Beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder

Beslut

16 § Beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder enligt denna lag fattas av länsrätten på ansökan av socialnämnden när det gäller flyttning till särskilt boende enligt 6 § och låsning av dörr enligt 7 §, och i övrigt av socialnämnden.

Socialnämnden får, innan en god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken har förordnats för den enskilde, inte meddela ett beslut eller till länsrätten inge en ansökan enligt första stycket.

Beslut i brådskande fall

17 § Om ett slutligt beslut enligt 16 § inte kan avvaktas, får socialnämnden bestämma att en tvångs- eller begränsningsåtgärd som avses i 7–11 §§ tillfälligt får vidtas. Ett sådant beslut får fattas endast om

1. det är sannolikt dels att den enskilde omfattas av 4 § första stycket 1, dels att åtgärden behövs, och

2. ett slutligt beslut inte kan avvaktas med hänsyn till behovet av att kunna ge nödvändig vård och omsorg eller förhindra eller begränsa en uppenbar risk för att den enskilde allvarligt skadar sig själv eller någon annan.

Om socialnämndens beslut inte kan avvaktas, får nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat besluta i frågan. Beslutet skall anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

18 § Ett beslut enligt 17 § upphör att gälla fyra veckor efter dagen för beslutet, om socialnämnden då inte har avgjort saken slutligt eller gjort en ansökan hos länsrätten enligt 16 §. Socialnämnden får dessförinnan, beträffande en tvångs- eller begränsningsåtgärd som avses i 8–11 §§, förlänga denna tid med högst två veckor, om det är nödvändigt för att komplettera utredningen eller av något annat skäl.

Verkställighet, omprövning och upphörande av beslut

19 § Beslut enligt denna lag gäller omedelbart, om något annat inte anges i beslutet.

Ett beslut om flyttning till särskilt boende enligt 6 § upphör att gälla, om flyttningen inte har genomförts inom fyra veckor från den dag då beslutet vann laga kraft.

När ett beslut om tvångs- eller begränsningsåtgärder inte längre behövs, skall socialnämnden genast upphäva beslutet.

Socialnämnden skall

1. överväga ett beslut om tvångs- eller begränsningsåtgärder minst en gång var sjätte månad, och
2. ompröva beslutet när det begärs av den enskilde.

Handläggning

Skyndsam handläggning

20 § Mål och ärenden enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.

21 § En ansökan om låsning av dörr skall prövas av länsrätten inom en vecka från den dag då ansökan kom in, om det finns ett tillfälligt beslut om låsning enligt 17 §. Länsrätten får förlänga denna tid, om det är nödvändigt för att komplettera utredningen eller av något annat skäl.

Muntlig förhandling

22 § I mål om ansökan om flyttning till särskilt boende eller låsning av dörr och mål om upphörande av en sådan åtgärd skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövligt. Muntlig förhandling skall alltid hållas om någon part begär det. Parterna skall upplysas om detta.

Om en enskild som har kallats att inställa sig personligen vid vite till en förhandling uteblir, får domstolen förordna att han eller hon skall hämtas till förhandlingen antingen omedelbart eller till en senare dag.

Domstols befogenheter m.m.

23 § I mål som är anhängiga i domstol har domstolen samma befogenheter och skyldigheter som socialnämnden enligt 14 §, 17 § första stycket och 19 § tredje stycket. Domstolen får också i mål om flyttning till särskilt boende enligt 6 § förordna rörande saken i avvaktan på att målet avgörs slutligt.

Vid handläggning i kammarrätt av andra mål än sådana som avser beslut enligt 17 § skall nämndemän ingå.

Delgivning

24 § I mål och ärenden enligt denna lag får delgivning inte ske med tillämpning av 12 eller 15 § delgivningslagen (1970:428).

Offentligt biträde

25 § I mål enligt denna lag skall offentligt biträde förordnas för den som åtgärden avser, om det inte måste antas att behov av biträde saknas. Detsamma gäller i ärenden hos socialnämnden om flyttning till särskilt boende enligt 6 §.

Offentligt biträde förordnas av den domstol som handlägger målet. I ärende hos socialnämnden förordnas offentligt biträde av länsrätten.

När socialnämnden har fattat ett beslut om användning av tvångs- eller begränsningsåtgärder skall nämnden underrätta den enskilde och hans eller hennes gode man om möjligheten till offentligt biträde vid handläggningen i domstol efter överklagande av nämndens beslut.

Polishandräckning

26 § Om socialnämnden, nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat begär det, skall polismyndigheten lämna biträde för att

1. bereda den som skall genomföra en medicinsk undersökning enligt 14 § tillträde till den enskildes bostad eller föra den enskilde till den plats där undersökningen skall genomföras, om denna skall ske på annan plats,

2. verkställa ett beslut enligt 6 § om flyttning till särskilt boende, och

3. återföra den som bor i ett särskilt boende eller vistas på en dagverksamhet, om han eller hon har avvikit därifrån och det finns ett beslut enligt 7 § om låsning av dörr för honom eller henne.

I mål som är anhängiga i domstol, där domstol med stöd av 23 § har beslutat om medicinsk undersökning enligt 14 §, har domstolen samma befogenhet som socialnämnden enligt första stycket 1.

Rapportering

27 § En sådan nämnd som avses i 3 § andra stycket 1 och 2 skall till länsstyrelsen rapportera alla fattade beslut gällande tvångs- och begränsningsåtgärder enligt denna lag.

Rapportering enligt första stycket skall ske den sista månaden i varje kvartal.

Normgivningsbemyndigande

28 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter

1. om genomförande av åtgärder enligt 6–11 §§,
2. om utformningen av pejlings- och larmanordningar enligt 9 §,
3. om vem som får genomföra en sådan undersökning som avses i 14 §, och
4. som i övrigt behövs för tillämpningen av denna lag.

Överklagande

29 § Socialnämndens beslut om användning av tvångs- eller begränsningsåtgärder enligt denna lag får överklagas hos länsrätten av den som åtgärden avser. Andra beslut av nämnden enligt denna lag får inte överklagas.

Domstols beslut enligt 21 § om förlängd utredningstid och enligt 23 § om medicinsk undersökning enligt 14 § får inte överklagas.

Tystnadsplikt

30 § Den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser åtgärder enligt denna lag får inte obehörigen röja vad han eller hon därvid har fått veta om enskildas personliga förhållanden.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.
 2. Beträffande personer som vid ikraftträdandet omfattas av socialnämndens utredningsskyldighet enligt 12 §, skall följande gälla.
Socialnämnden skall inleda en utredning så snart som möjligt. En ansökan om tvångs- eller begränsningsåtgärder skall göras hos länsrätten senast den 30 september 2009. Länsrätten skall pröva ansökan senast den 30 december 2009. Beträffande tvångs- och begränsningsåtgärder som inte kräver beslut av länsrätten skall socialnämnden avsluta utredningen senast den 30 september 2009 och samtidigt ta ställning till om någon åtgärd skall vidtas.

2 Förslag till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall

Härigenom föreskrivs följande.

Lagens innehåll, syfte och tillämpningsområde

1 § I denna lag finns bestämmelser om medicinsk behandling som är förenad med direkt tvång eller som ges på annat sätt för att undvika sådant tvång (tvångsåtgärd) beträffande en person som

1. omfattas av 4 § första stycket 1 lagen (0000:000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall, och

2. som beviljats sådant bistånd som anges 4 § första stycket 2 a och b, eller

3. beviljats sådan insats som anges i 4 § första stycket 3, dock ej korttidsvistelse i korttidshem, eller

4. omfattas av 4 § andra stycket samma lag, och

5. som vistas i ett särskilt boende eller i en dagverksamhet.

2 § En åtgärd enligt denna lag får vidtas om den enskildes hälsotillstånd riskerar att allvarligt försämrans om åtgärden inte genomförs.

När en åtgärd enligt denna lag skall vidtas gäller 1 och 2 §§ lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall i tillämpliga delar.

Beslut om medicinsk behandling

Beslut

3 § Beslut om åtgärder enligt denna lag skall fattas av en sådan läkare (patientansvarig läkare) som avses i 27 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om han eller hon är

1. läkare i allmän tjänst, eller

2. läkare som enligt avtal med landstinget har till uppgift att besluta om sådana åtgärder.

Beslutet skall avse en eller flera närmare angivna medicinska behandlingar.

Ett beslut enligt andra stycket skall gälla för en viss tid, som inte får överstiga tre månader. Giltighetstiden för beslutet får före utgången av denna tid förlängas med högst tre månader i sänder.

Ett beslut enligt andra stycket får inte meddelas innan en god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken har förordnats för den enskilde.

Beslut i brådskande fall

4 § Om en medicinsk undersökning enligt 7 § första stycket eller om övrig utredning som krävs för ett slutligt beslut inte kan avvaktas får den patientansvarige läkaren bestämma att en eller flera närmare angivna medicinska behandlingar får vidtas tillfälligt. Ett sådant beslut får fattas endast om

1. den enskilde måste antas vara omfattad av 4 § första stycket 1 § lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall, och

2. den enskildes hälsotillstånd riskerar att allvarligt försämrats om den medicinska behandlingen inte genomförs.

5 § Ett beslut enligt 4 § upphör att gälla fyra veckor efter dagen för beslutet, om den patientansvarige läkaren då inte har avgjort saken slutligt. Den patientansvarige läkaren får dessförinnan förlänga denna tid med högst två veckor, om det är nödvändigt för att komplettera utredningen eller av något annat skäl.

Utredning

6 § I mål och ärenden enligt denna lag skall den enskilde företrädas av en god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken. Så snart fråga uppkommer om att genomföra en eller flera medicinska behandlingar med stöd av denna lag skall den patientansvarige läkaren hos överförmyndaren anmäla att den enskilde behöver företrädas av en god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken i ett sådant ärende.

7 § Den patientansvarige läkaren skall innan ett beslut enligt 3 § andra stycket denna lag fattas, om det inte är uppenbart obehövligt, låta genomföra en sådan medicinsk undersökning som avses i 14 § lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall.

Den som genomför den medicinska undersökningen skall i ett skriftligt yttrande ange om förutsättningarna i 4 § första stycket 1 lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall är uppfyllda.

8 § Av den patientansvarige läkarens utredning, som skall ligga till grund för ett slutligt beslut om en åtgärd enligt denna lag, skall framgå

1. att den enskilde omfattas av 4 § första stycket 1 (lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall,

2. att den enskilde motsätter sig eller ger uttryck för att motsätta sig den medicinska behandlingen,

3. vilka tidigare försök som har vidtagits för att undvika tvångs-åtgärden,

4. konsekvenserna av att den medicinska behandlingen uteblir,

5. hur de negativa effekterna av en tvångsåtgärd kan minimeras och hur denna åtgärd på sikt kan ersättas med en mindre ingripande åtgärd, och

6. hur den enskildes närstående har informerats samt vilka synpunkter de och den gode mannen har framfört till den aktuella tvångsåtgärden.

Verkställighet, omprövning och upphörande av beslut

9 § Beslut enligt 3 § andra stycket denna lag gäller omedelbart, om den patientansvarige läkaren eller domstolen förordnar om detta.

Övriga beslut enligt denna lag gäller omedelbart.

När ett beslut om en åtgärd inte längre behövs, skall den patientansvarige läkaren genast upphäva beslutet.

Den patientansvarige läkaren skall beträffande ett beslut enligt 3 § andra stycket

1. fortlöpande överväga om åtgärden behövs, och

2. ompröva beslutet när det begärs av den enskilde.

10 § När ett beslut om en tvångsåtgärd enligt denna lag har fattats, skall den patientansvarige läkaren se till att den ansvariga nämnden i den kommun som har meddelat ett sådant beslut som anges i 4 § första stycket 2 a och b, 3 eller andra stycket lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall

och en sådan sjuksköterska som avses i 24 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) genast underrättas om beslutet.

Dokumentation

11 § När ett beslut om en tvångsåtgärd enligt denna lag har fattats skall den patientansvarige läkaren, utöver vad som följer av patientjournalagen (1985:562) och föreskrifter meddelade med stöd av den lagen, se till att den enskildes patientjournal innehåller

1. beslutet och skälen för detta,
2. en redogörelse för vilka tidigare försök som har vidtagits för att undvika tvångsåtgärden,
3. en analys av konsekvenserna av en utebliven medicinsk behandling,
4. en analys av de negativa konsekvenser som tvångsåtgärden kan medföra
5. upplysningar om samråd med närstående och synpunkter som framförts från dem och den gode mannen,
6. upplysningar om förlängning av ett beslut enligt 3 § tredje stycket,
7. upplysningar om omprövning enligt 9 §, och
8. uppgift om anmälan enligt 6 § och vem som har förordnats som god man.

12 § I den patientjournal som förs inom den hälso- och sjukvård som kommunen är huvudman för skall antecknas när en sådan tvångsåtgärd som avses i denna lag vidtas.

Handläggning

Skyndsam handläggning

13 § Mål och ärenden enligt denna lag skall handläggas skyndsamt.

Muntlig förhandling

14 § I mål enligt denna lag gällande slutliga beslut om användande av en tvångsåtgärd skall länsrätten och kammarrätten hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövt. Muntlig

förhandling skall alltid hållas om någon part begär det. Parterna skall upplysas om detta.

Om en enskild som har kallats att inställa sig personligen vid vite till en förhandling uteblir, får domstolen förordna att han eller hon skall hämtas till förhandlingen antingen omedelbart eller till en senare dag.

Domstols befogenheter m.m.

15 § I mål som är anhängiga i domstol har domstolen samma befogenhet som den patientansvarige läkaren enligt 7 § första stycket .

16 § Vid handläggning i kammarrätt av andra mål än sådana som avser beslut enligt 4 § skall nämndemän ingå.

Delgivning

17 § I mål och ärenden enligt denna lag får delgivning inte ske med tillämpning av 12 eller 15 § delgivningslagen (1970:428).

Offentligt biträde

18 § I mål enligt denna lag skall offentligt biträde förordnas för den som åtgärden avser, om det inte måste antas att behov av biträde saknas.

Offentligt biträde förordnas av den domstol som handlägger målet.

När den patientansvarige läkaren har meddelat ett beslut om en medicinsk behandling skall han eller hon underrätta den enskilde och hans eller hennes gode man om möjligheten till offentligt biträde efter överklagande av beslutet.

Polishandräckning

19 § Om den patientansvarige läkaren begär det, skall polismyndigheten lämna biträde för att bereda den som skall genomföra en medicinsk undersökning enligt 7 § tillträde till den enskildes bostad eller föra den enskilde till den plats där undersökningen skall genomföras, om detta skall ske på annan plats.

I mål som är anhängiga i domstol, där domstol med stöd av 15 § har beslutat om medicinsk undersökning enligt 7 §, har domstolen samma befogenhet som den patientansvarige läkaren enligt första stycket.

Överklagande

20 § Beslut om användande av medicinska tvångsåtgärder enligt denna lag får överklagas hos länsrätten av den enskilde. Andra beslut av den patientansvarige läkaren enligt denna lag får inte överklagas. Den patientansvarige läkaren får inte överklaga domstols beslut om medicinska tvångsåtgärder enligt denna lag.

Domstols beslut enligt 15 § om medicinsk undersökning enligt 7 § får inte överklagas.

Rapportering

21 § Den patientansvarige läkaren skall till Socialstyrelsen lämna uppgifter om alla fattade beslut gällande tvångsåtgärder enligt denna lag.

Normgivningsbemyndigande

22 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter

1. om hur rapporteringsskyldigheten enligt 21 § denna lag skall fullgöras,
2. om vem som får genomföra en sådan undersökning som avses i 7 §, och
2. som i övrigt behövs för tillämpningen av denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

3 Förslag till lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar att 18 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

18 §¹

Länsrätt är domför med en lagfaren domare ensam

1. när åtgärd som avser endast måls beredande vidtages,
 2. vid sådant förhör med vittne eller sakkunnig som begärts av annan länsrätt,
 3. vid beslut som avser endast rättelse av felräkning, felskrivning eller annat uppenbart förbiseende,
 4. vid annat beslut som inte innefattar slutligt avgörande av mål.
- Om det inte är påkallat av särskild anledning att målet prövas av fullsutten rätt, är länsrätt domför med en lagfaren domare ensam vid beslut som inte innefattar prövning av målet i sak.

Vad som sägs i andra stycket gäller även vid avgörande i sak av

3. mål om omedelbart omhändertagande enligt 6 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, mål om vård i enskildhet enligt 15 b § samma lag, mål om avskildhet enligt 15 § c samma lag, mål om tillfälligt flyttningsförbud enligt 27 § samma lag, mål om omedelbart omhändertagande enligt 13 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, mål om vård i enskildhet eller avskildhet

Vad som sägs i andra stycket gäller även vid avgörande i sak av

3. mål om omedelbart omhändertagande enligt 6 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, mål om vård i enskildhet enligt 15 b § samma lag, mål om avskildhet enligt 15 § c samma lag, mål om tillfälligt flyttningsförbud enligt 27 § samma lag, mål om omedelbart omhändertagande enligt 13 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, mål om vård i enskildhet eller avskildhet

¹ Senaste lydelse 2005:719.

enligt 34 § samma lag,

mål om vård i enskildhet enligt 14 § lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, mål om avskildhet enligt 17 § samma lag, mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § smittskyddslagen (2004:168), mål enligt 12 § första stycket och 33 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, mål enligt 18 § första stycket 2-4 såvitt avser de fall då vården inte har förenats med särskild utskrivningsprövning eller 5 lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,

mål om förvar och uppsikt enligt utlänningslagen (2005:716), mål enligt lagen (1974:202) om beräkning av strafftid m.m., mål enligt lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt samt mål enligt lagen (1963:193) om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verkställighet av straff m.m.,

enligt 34 § samma lag,

mål om tillåtelse att använda en åtgärd enligt 7–11 §§ lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall tillfälligt,

mål om vård i enskildhet enligt 14 § lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, mål om avskildhet enligt 17 § samma lag, mål om tillfällig isolering enligt 5 kap. 3 § smittskyddslagen (2004:168), mål enligt 12 § första stycket och 33 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, mål enligt 18 § första stycket 2-4 såvitt avser de fall då vården inte har förenats med särskild utskrivningsprövning eller 5 lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,

mål om tillfälligt beslut enligt lagen (0000:0000) om tvångs-åtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall,

mål om förvar och uppsikt enligt utlänningslagen (2005:716), mål enligt lagen (1974:202) om beräkning av strafftid m.m., mål enligt lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt samt mål enligt lagen (1963:193) om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verkställighet av straff m.m.,

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

4 Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Härigenom föreskrivs i fråga om sekretesslagen (1980:100) dels att 7 kap. 2 och 4 §§ samt 16 kap. 1 § skall ha följande lydelse,

dels att det i 14 kap. skall införas en ny paragraf, 2 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

2 §²

Sekretessen enligt 1c § gäller inte

1. beslut i ärende enligt lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd,

2. beslut enligt smittskyddslagen (2004:168), om beslutet angår frihetsberövande åtgärd,

3. beslut i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården,

4. beslut i fråga om omhändertagande eller återlämnande av patientjournal.

Beträffande anmälan i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgifter som avses i 1c §, om det kan antas att den som uppgiften rör eller

Sekretessen enligt 1c § gäller inte

1. beslut i ärende enligt lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård, om beslutet angår frihetsberövande åtgärd,

2. beslut enligt smittskyddslagen (2004:168), om beslutet angår frihetsberövande åtgärd,

2a. beslut i ärende enligt lagen (0000:0000) om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall, om beslutet angår en tvångsåtgärd eller en åtgärd som ges på annat sätt för att undvika tvång,

3. beslut i ärende om ansvar eller behörighet för personal inom hälso- och sjukvården,

4. beslut i fråga om omhändertagande eller återlämnande av patientjournal.

² Senaste lydelse 2006:854.

någon honom eller henne närstående lider betydande men om uppgiften röjs.

4 §³

Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om enskilda personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom eller henne närstående lider men. Sekretessen gäller dock inte beslut om omhändertagande, beslut om vård utan samtycke *eller*

beslut om slutna ungdomsvård. Utan hinder av sekretessen får uppgift lämnas till enskild som uppnått myndig ålder om förhållanden av betydelse för att denne skall få vetskap om vilka hans eller hennes biologiska föräldrar är.

Inom kommunal familjerådgivning gäller sekretess för uppgift som enskild har lämnat i förtroende eller som har inhämtats i samband med rådgivningen.

Med socialtjänst förstås verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård av unga och av missbrukare utan samtycke

samt

verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av social-

Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om enskilda personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom eller henne närstående lider men. Sekretessen gäller dock inte beslut om omhändertagande, beslut om vård utan samtycke,

beslut om tvångs- eller begränsningsåtgärd eller

beslut om slutna ungdomsvård. Utan hinder av sekretessen får uppgift lämnas till enskild som uppnått myndig ålder om förhållanden av betydelse för att denne skall få vetskap om vilka hans eller hennes biologiska föräldrar är.

Med socialtjänst förstås verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård av unga och av missbrukare utan samtycke

och åtgärder enligt lagstiftningen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall samt

verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av social-

³ Senaste lydelse 2005:127.

nämnd eller av Statens institutionsstyrelse. Till socialtjänst räknas också verksamhet hos annan myndighet som innefattar omprövning av socialnämnds beslut eller särskild tillsyn över nämndens verksamhet samt verksamhet hos kommunal invandrarbyrå. Med socialtjänst jämställs ärenden om bistånd åt asylsökande och andra utlänningar, ärenden om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar, ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade, ärenden om allmän omvårdnad hos nämnd med uppgift att bedriva patientnämndsverksamhet samt verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

nämnd eller av Statens institutionsstyrelse. Till socialtjänst räknas också verksamhet hos annan myndighet som innefattar omprövning av socialnämnds beslut eller särskild tillsyn över nämndens verksamhet samt verksamhet hos kommunal invandrarbyrå. Med socialtjänst jämställs ärenden om bistånd åt asylsökande och andra utlänningar, ärenden om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar, ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade, ärenden om allmän omvårdnad hos nämnd med uppgift att bedriva patientnämndsverksamhet samt verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

14 kap.

2 a §

Sekretess enligt 7 kap. 1 c § och 4 § första och tredje styckena hindrar inte att uppgift om enskild som behövs för ställningstagande i frågor gällande lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall eller lagen (0000:0000) om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till

1. annan sådan myndighet,
2. enskild vårdgivare, eller
3. enskild verksamhet på socialtjänstens område.

16 kap.⁴

1 §

Att friheten enligt 1 kap. 1 § tryckfrihetsförordningen och 1 kap. 2 § yttrandefrihetsgrundlagen att meddela och offentliggöra uppgifter i vissa fall är begränsad framgår av 7 kap. 3 § första stycket 1 och 2, 4 § 1–8 samt 5 § 1 och 3 tryckfrihetsförordningen och av 5 kap. 1 § första stycket samt 3 § första stycket 1 och 2 yttrandefrihetsgrundlagen. De fall av uppsåtligt åsidosättande av tystnadsplikt, i vilka nämnda frihet enligt 7 kap. 3 § första stycket 3 och 5 § 2 tryckfrihetsförordningen samt 5 kap. 1 § första stycket och 3 § första stycket 3 yttrandefrihetsgrundlagen i övrigt är begränsad, är de där tystnadsplikten följer av

-----	-----
3. denna lag enligt	3. denna lag enligt
-----	-----
7 kap. 1 §	7 kap. 1 c § såvitt avser upp-
7 kap. 1 a §	gift om annat än verkställig-
7 kap. 1 b §	heten av beslut om omhänder-
7 kap. 1 c § såvitt avser upp-	tagande, beslut om vård utan
gift om annat än verkställig-	samtycke
heten av beslut om omhänder-	<i>eller beslut om tvång vid</i>
tagande <i>eller</i> beslut om vård	<i>medicinsk behandling i vissa fall</i>
utan samtycke	
7 kap. 2 § såvitt avser uppgift i anmälan till Hälso- och sjuk-	
vårdens ansvarsnämnd	

⁴ Senaste lydelse 2006:858.

7 kap. 4 § såvitt avser uppgift om annat än verkställigheten av beslut om omhändertagande, beslut om vård utan samtycke eller beslut om sluten ungdomsvård

7 kap. 4 § såvitt avser uppgift om annat än verkställigheten av beslut om omhändertagande, beslut om vård utan samtycke, beslut om sluten ungdomsvård eller beslut om tvångs- och begränsningsåtgärd

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

5 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade att det i lagen ska införas tre nya paragrafer, 4 a §, samt 22 a–b §§.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 a §

Bestämmelser om vård utan samtycke ges i lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall.

22 a §

Uppdrag att besluta på en kommunal nämnds vägnar får ges endast åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden i ärenden som är en uppgift för nämnden och gäller för ansökan om låsning av dörr och flyttning till särskilt boende enligt 16 § första stycket och beslut enligt 17 § första stycket, 19 § tredje och fjärde styckena samt 26 § lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall.

22 b §

Bestämmelser om rätt att i vissa fall besluta i den kommunala nämndens ställe finns i lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

6 Förslag till lag om ändring i lagen (1998:544) om vårdregister

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1998:544) om vårdregister att 1 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §⁵

Den som bedriver vård får utföra automatiserad behandling av personuppgifter i vårdregister.

Med vård enligt denna lag avses vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt smittskydd enligt smittskyddslagen (2004:168).

Med vård enligt denna lag avses vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och smittskydd enligt smittskyddslagen (2004:168) samt lagen (0000:0000) om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

⁵ Senaste lydelse 2004:187.

7 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2001:453) att 1 kap. 3 § samt 10 kap. 4 och 6 §§ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

3 §

Bestämmelser om vård utan samtycke ges i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall *och* i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Bestämmelser om vård utan samtycke ges i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *och i lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall.*

10 kap.

4 §

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får ges endast åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden i ärenden som är en uppgift för nämnden enligt 6 kap. 6, 8, 12 och 13 §§ denna lag, 4 och 6 §§, 11 § första och andra styckena, 13 §, 14 § tredje stycket, 21, 22, 24, 26, 27 och 43 §§ lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt 11 och 13 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får ges endast åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden i ärenden som är en uppgift för nämnden enligt 6 kap. 6, 8, 12 och 13 §§ denna lag, 4 och 6 §§, 11 § första och andra styckena, 13 §, 14 § tredje stycket, 21, 22, 24, 26, 27 och 43 §§ lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt 11 och 13 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. *Detsamma gäller för ansökan om låsning av dörr och flyttning till särskilt boende enligt 16 § första stycket och beslut enligt 17 § första*

stycket, 19 § tredje och fjärde styckena samt 26 § lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall.

Första stycket gäller även i ärenden enligt 6 kap. 14 § om samtycke vägras och beslut enligt 9 kap. 3 § om att föra talan om återkrav enligt 9 kap 1 §.

6 §

Bestämmelser om rätt att i vissa fall besluta i socialnämndens ställe finns i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *och* lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Bestämmelser om rätt att i vissa fall besluta i socialnämndens ställe finns i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall *och i lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

8 Förslag till lag om ändring i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten att 2 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

I denna lag avses med socialtjänst

1. verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård utan samtycke av unga eller missbrukare,

2. verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av socialnämnd,

3. verksamhet som i övrigt bedrivs av Statens institutionsstyrelse,

4. verksamhet hos kommunal invandrarbyrå,

5. verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade,

6. handläggning av ärenden om bistånd som lämnas av socialnämnd enligt lagstiftning om mottagande av asylsökande m.fl.,

7. handläggning av ärenden om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar,

Föreslagen lydelse

2 §

I denna lag avses med socialtjänst

1. verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård utan samtycke av unga eller missbrukare,

1a. verksamhet enligt lagstiftningen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall,

2. verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av socialnämnd,

3. verksamhet som i övrigt bedrivs av Statens institutionsstyrelse,

4. verksamhet hos kommunal invandrarbyrå,

5. verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade,

6. handläggning av ärenden om bistånd som lämnas av socialnämnd enligt lagstiftning om mottagande av asylsökande m.fl.,

7. handläggning av ärenden om introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar,

8. handläggning av ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade. 8. handläggning av ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade.

Med socialtjänst avses även tillsyn, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och administration av verksamhet som avses i första stycket 1–8.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

9 Förslag till lag om ändring i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet att 1 § skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget får genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra

1. landstingets uppgifter
 - enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
 - enligt tandvårdslagen (1985:125),
 - enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
 - enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,
 - enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
 - enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.,
 - enligt smittskyddslagen (2004:168), *eller*

– som i annat fall enligt lag skall handhas av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso-

Föreslagen lydelse

1 §⁶

Ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget får genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra

1. landstingets uppgifter
 - enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
 - enligt tandvårdslagen (1985:125),
 - enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
 - enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,
 - enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,
 - enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.,
 - enligt smittskyddslagen (2004:168),
 - enligt lagen (0000:0000) om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall, *eller*
- som i annat fall enligt lag skall handhas av en sådan nämnd som avses i 10 § hälso-

⁶ Senaste lydelse 2004:190.

- och sjukvårdslagen, och
2. kommunens uppgifter
- enligt socialtjänstlagen (2001:453),
 - enligt hälso- och sjukvårdslagen,
 - enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
 - enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,
 - enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade,
 - enligt lagen om patientnämndsverksamhet m.m., *eller*
- som i annat fall enligt lag skall handhas av socialnämnd.
- och sjukvårdslagen, och
2. kommunens uppgifter
- enligt socialtjänstlagen (2001:453),
 - enligt hälso- och sjukvårdslagen,
 - enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall,
 - enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga,
 - enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade,
 - enligt lagen om patientnämndsverksamhet m.m.,
 - enligt lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall, *eller*
- som i annat fall enligt lag skall handhas av socialnämnd.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

1 Bakgrund

1.1 Uppdraget

I direktiven (dir 2005:11) anges bl.a. följande motiv till utredningen.

Många personer med demenssjukdom har nedsatt kognitiv förmåga och kan därför ha svårt att ta vara på sig själva, ta ställning till och fatta beslut om t.ex. medicinska åtgärder, läkemedelsbehandling, flyttning till särskilt boende, den dagliga omvårdnaden, skötsel av personlig hygien samt intag av mat och dryck.

De situationer som många personer med demenssjukdom hamnar i innebär svåra etiska överväganden för personal, anhöriga och andra som på olika sätt försöker hjälpa den som har en demenssjukdom. Detsamma kan gälla för äldre personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av andra sjukdomstillstånd, t.ex. personer med stroke. Ofta vidtar man olika former av skyddsåtgärder som fastspänning eller inlåsning. Syftet kan vara dels att stärka den enskildes självständighet och möjlighet att kunna delta i social samvaro, dels att skydda den enskilde från risken för fallskador eller från att gå vilse, dels att skydda andra personer som de medboende eller personalen...

...Socialstyrelsen, länsstyrelserna och forskningen har upprepade gånger påvisat att användningen av skyddsåtgärder inom vården av äldre med demenssjukdom är vidare än vad lagstiftningen och föreskrifterna i dag avser eller medger. Samtidigt visar erfarenheterna att avsaknaden av praktiskt fungerande lagreglering av ställföreträdande beslutsfattande medför att beslutsfattandet om vård- och omsorgsinsatser i praktiken överlämnas till vårdpersonalen. Det blir oklart vad man kan och får göra och vem som har rätten att fatta beslut. Det är också oklart när skyddsåtgärder övergår till att utgöra icke tillåtna tvångsåtgärder.

Därför har en särskild utredare utsetts för att överväga om det finns behov av att införa bestämmelser om skydds- eller tvångsåtgärder inom vården och omsorgen av äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga främst till följd av demenssjukdom.

1.2 Några kommentarer till uppdraget och direktiven

Jag vill inledningsvis kort kommentera uppdraget och direktiven på några punkter som jag bedömer principiellt påverkar förutsättningarna för mitt arbete och mina förslag. Direktiven biläggs i sin helhet som bilaga 1.

1.2.1 Ett komplext problem som inte kan lösas enbart med lagstiftning

De problem som ytterst ligger bakom mitt uppdrag är komplexa och kan inte lösas enbart med lagstiftning. Det krävs också bättre anpassning av byggnader och lokaliteter till målgruppens behov, översyn och förändringar av vård- och behandlingsmetoder, planering, dokumentation och uppföljning av vårdinsatserna, en personalpolitisk satsning (rekrytering, utbildning, schemaläggning etc.), forskning m.m. om man vill göra vården och omsorgen mer human och minska inslagen av tvångs- och begränsningsåtgärder.

1.2.2 På sikt behövs en samlad lagstiftning för personer med nedsatt beslutsförmåga

Det framgår av direktiven att mitt uppdrag avser en lagstiftning för personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom. Jag har förståelse för att denna avgränsning görs av praktiska skäl och bedömer att den är nödvändig i förhållande till den tid och övriga resurser jag förfogar över för att fullgöra uppdraget.

Men jag är samtidigt övertygad om att det inom en nära framtid behövs lagregler som omfattar alla grupper med nedsatt beslutsförmåga inom sjukvård och socialtjänst. Dessa måste så långt möjligt vara neutrala i förhållande till såväl funktionshinder och diagnos som huvudman, lagområde, verksamhetsområde och driftsform. Personer med nedsatt beslutsförmåga kan ha flera funktionshinder och är ofta multisjuka. Deras naturliga hemvist är kommunens verksamheter (särskilda boenden, dagverksamhet och hemtjänst enligt SoL samt motsvarande insatser enligt LSS) och kommunens sjukvårdsansvar men de kan i perioder ha behov av specialistsjukvård inom landstingets slutna sjukvård. De kan vistas såväl inom kommunens verksamheter i egen regi som inom verk-

samheter i enskild regi, vilket får betydelse för bl. a. frågor om myndighetsutövning och tillsyn.

Det är svårt, och på sikt knappast praktiskt möjligt, att begränsa ett regelverk med tvångs- och begränsningsåtgärder till enbart personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom. Det finns en uppenbar risk för att en sådan begränsning kommer att medföra betydande såväl etiska som rättsliga och organisatoriska avgränsningsproblem i förhållande till andra grupper med nedsatt beslutsförmåga och liknande medicinsk och social problematik. Jag tänker då i första hand på personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av utvecklingsstörning och förvärvat hjärnskada. Dessa personer är ofta yngre, starkare, rörligare och mer aktiva än personer med demenssjukdom. De löper därför större risker för allvarliga skador i olika sammanhang och deras behov av motsvarande lagregler för såväl säkrare vård som ökad rättssäkerhet är minst lika stort.

Min förhoppning är att det förslag till lagregler för personer med demenssjukdom, som jag avser att utveckla i detta uppdrag, kan bli ett första steg mot en sådan generell lagstiftning.

1.2.3 Frågan om medicinsk behandling med tvång bör diskuteras i ett större sammanhang

I direktiven anges bl.a. att

...utredaren ska se över regler för möjlighet till medicinsk behandling mot patientens uttryckliga eller förmodade vilja” samt att ...medicinering med exempelvis lugnande medicin blandad i mat eller dryck kan utgöra en form av tvång, och det behövs riktlinjer för i vilka fall det överhuvudtaget kan anses försvarbart att genomföra en sådan behandling.

Även frågor om medicinsk behandling med tvång berör flera patientgrupper, vårdformer och vårdinrättningar än vad jag kan behandla inom ramen för mina direktiv och övriga förutsättningar. Av samma skäl som ovan bör därför också dessa frågor regleras på ett mer samlat och genomgripande sätt för att undvika gränsdragningsproblem.

Direktiven tangerar också svåra medicinskt - etiska och existentiella frågor som, enligt min bedömning, bör diskuteras och beslutas i särskild ordning. Jag tänker då på frågor i anslutning till vård i livets slutskede som av naturliga skäl är aktuella inom demensvård.

Hur ska t.ex. en läkare förhålla sig till en gammal och mycket sjuk patient med nedsatt beslutsförmåga som motsätter sig en enligt läkaren nödvändig medicinsk behandling? Var går gränsen mellan medicinska beslut, som en läkare bör fatta med stöd av sitt yrkesansvar, och etiska bedömningar som t.ex. närstående och gode män kan göra? Bör den medicinska bedömningen väga tyngre än den etiska?

1.2.4 Förmyndarskapsutredningens förslag har ännu inte blivit föremål för lagstiftning

Enligt direktiven ska jag "...utforma mina förslag med beaktande av vad Förmyndarskapsutredningen förslagit".

Förmyndarskapsutredningen¹ föreslår i betänkandet (SOU 2004:112) en ny lagstiftning som ska ge personer med nedsatt beslutsförmåga bättre förutsättningar för inflytande och påverkan. Man föreslår att en ny form av företrädare, som benämns "vårdombud", inrättas inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Vårdombuden, som också kan vara närstående, ska få legal status och övriga förutsättningar för att kunna företräda sin huvudman specifikt inom den sociala välfärden och hälso- och sjukvården

Betänkandet innehåller också förslag om att ett system med s.k. framtidsfullmakter införs. Innebörden är att en person, medan han fortfarande har beslutsförmåga, ska ta ställning till och i skrift formulera hur han önskar bli bemött, medicinskt behandlad och omvårdad den dag beslutsförmåga saknas. Han ska sedan kunna utse en person - som också kan vara en närstående - som får fullmakt att bevaka dessa önskemål gentemot det allmänna.

Vidare föreslår man att överförmyndaren ensam ska kunna besluta att utse en god man i särskilt brådskande fall. Ett sådant beslut av överförmyndaren ska sedan anmälas till tingsrätten.

Enligt min bedömning är det angeläget att Förmyndarskapsutredningens förslag i dessa avseenden och de synpunkter som remissinstanserna lämnat på förslagen kan bedömas och bli föremål för beslut. De har stor betydelse för de lagregler om tvångs- och begränsningsåtgärder som jag ska föreslå. Det gäller särskilt möjligheten för överförmyndaren att utse god man i brådskande fall.

¹ Ju 2002:04 Utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare.

1.2.5 Min syn på några centrala begrepp i direktiven

I direktiven används omväxlande begreppen ”skyddsåtgärder” och ”tvångsåtgärder”, var för sig eller kombinerade, liksom begreppen ”tvångsliknande”, ”tvingande”, ”begränsningsåtgärder”, ”frihetsinskränkande”.

Samtliga dessa begrepp har relevans i sammanhanget. Jag är dock angelägen om att valet av begrepp inte leder till ”förskönande” omskrivningar så att tvångsmomentet försvinner eller blir svårt att uppfatta. Jag väljer därför att mer betona åtgärdernas innehåll än deras syfte, som förvisso är att ”skydda” från allvarlig skada, och använder konsekvent begreppet ”tvångs- och begränsningsåtgärder” även då dessa inte tar sig fysiska former utan mer är att se som ett integritetsintrång.

I direktiven används begreppen ”bristande beslutsförmåga” respektive ”nedsatt beslutsförmåga” när det talas om demenssjuka personers förutsättningar att samtycka till en tvångs- eller begränsningsåtgärd.

Beslutsförmåga är inte definierad i SoL eller HSL och det finns inte heller någon allmänt omfattad definition eller terminologi bland forskare inom berörda vetenskapliga områden. Beslutsförmåga är ju inte heller något som man antingen har eller inte har utan den varierar över tid och i olika situationer. Personer med svår demenssjukdom har som regel – i vart fall i stadier av sjukdomen när tvångs- och begränsningsåtgärder kan aktualiseras – stora problem att besluta om sina egna angelägenheter så att det kan få rättsverkan. Demenssjukdomarnas normalförlopp innebär dessutom att denna förmåga stadigt minskar över tiden även om momentana förbättringar förekommer.

Jag har valt att genomgående i betänkandet använda begreppet ”nedsatt beslutsförmåga”, dvs. det begrepp som används i rubriken till direktiven, när jag talar om målgruppen för mitt uppdrag. Den nedsättning som avses i den föreslagna nya regleringen innebär att en person saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den tvångs- eller begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg.

Jag är emellertid medveten om att detta innebär en förenkling av verkligheten och bedömer att det vore angeläget om det kunde utvecklas en gemensam terminologi för att beskriva beslutsförmågans förändring över tid och i olika situationer.

Likaså används begreppet ”anhörig” i direktiven men jag har bedömt att det vidare begreppet ”närstående” är mer adekvat och har försökt att använda det konsekvent i mina överväganden och förslag. Med närstående avser jag i första hand den demenssjuke personens familj – make, sambo, barn, föräldrar och syskon. Men även andra, som mycket nära vänner, kan i det enskilda fallet vara att anse som närstående.

1.2.6 Det saknas uppgifter om hur tvångs- och begränsningsåtgärder används idag

En av mina uppgifter enligt direktiven är att ”...analysera hur en sådan lagstiftning kan bidra till att användningen av tvångsåtgärder mot personer med demenssjukdomar minskas”.

Eftersom det saknas kvantitativa uppgifter om hur ofta de tvångsåtgärder, som lagen förväntas reglera, används idag och för hur många personer finns inget utgångsläge att jämföra med. För att kunna utvärdera om lagstiftningen leder till mer eller mindre tvång krävs dels en nationell inventering av åtgärdernas förekomst före lagstiftningen dels en obligatorisk anmälningsskyldighet av beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder efter att lagstiftningen trätt ikraft samt en nationell statistikfunktion för att löpande kunna följa utvecklingen.

1.2.7 Det saknas underlag för att beräkna ekonomiska konsekvenser

I direktiven anges följande beträffande förslagets ekonomiska konsekvenser.

Om förslagen påverkar kostnader för staten, landstingen eller kommunerna skall en beräkning av dessa kostnader göras.

Om förslagen medför kostnadsökningar för stat, landsting eller kommuner skall utredaren föreslå en finansiering

Det saknas som framgått statistiska uppgifter som grund för en skattning av hur många tvångs- och begränsningsåtgärder som idag beslutas samt för hur många personer. Därmed saknas förutsättningar för att ens i grova tal beräkna nuvarande kostnader och kommande kostnader. Jag får istället försöka belysa uppdraget i direktiven i första hand genom att logiskt resonera kring vilka

konsekvenser för kostnaderna som mina förslag kan få jämfört med nuläget.

1.2.8 Mina utgångspunkter är individens säkerhet och personalens trygghet

Ur direktiven kan utläsas några huvudmotiv för att överväga en lagreglering nämligen

- ett förstärkt skydd och ökad rättssäkerhet för den enskilde med nedsatt beslutsförmåga och dennes närstående,
- minskad användning av tvångs- och begränsningsåtgärder,
- en ökad trygghet för personalen som i sitt arbete måste besluta om hur vården och omsorgen praktiskt ska genomföras samt
- att nuvarande brist på lagstiftning strider mot regeringsformen och Europakonventionen om mänskliga rättigheter.

Mina utgångspunkter är att nya lagregler primärt måste syfta till att förbättra säkerheten och livskvaliteten för personer med nedsatt beslutsförmåga. Den måste också på ett rimligt sätt utgå från vårdens och personalens faktiska förutsättningar. Reglerna måste vara enkla att förstå och tillämpa och bli ett verkligt stöd för personalen i det dagliga arbetet. Jag tror också att en lagstiftning som inkluderar regler för offentlig tillsyn skapar förutsättningar för löpande insyn i, debatt om och utveckling av metoder för vård och omsorg inom verksamheter som sällan uppmärksammas i samhällsdebatt och media annat än vid s.k. vårdskandaler.

1.3 Utredningens arbete

Utredningen har träffats i plenum vid 11 tillfällen. Dessemellan har jag och sekreterarna träffat sakkunniga och experter i mindre grupper för att diskutera särskilda frågor. Sakkunniga och experter har också inbjudits att följa med när sekretariatet gjort studiebesök och träffat olika externa experter och intressenter.

Sekretariatet har tillsammans med enskilda sakkunniga eller experter gjort studieresor till Skåne², Västerbotten³ och

² Höganäs, Svalöv, Malmö kommuner samt universitetssjukhuset i Malmö, UMAS.

³ Umeå, Vännäs, Vindelns och Bjurholms kommuner.

Kronoberg⁴ och besökt hemtjänst och olika särskilda boendeformer samt samtalat med chefer och personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Vidare har socialchefen i Hultsfreds kommun på eget initiativ uppvaktat utredningen och redovisat problem och lösningar i sin kommun.

I samband med studieresorna har jag även träffat representanter för länsstyrelserna som har tillsynsansvar över socialtjänstens insatser för personer med demenssjukdom. Vid en särskild träff i Örebro med såväl länsstyrelsen som Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet diskuterades frågor om gränsdragning, överlappning och samarbete mellan den sociala och medicinska tillsynen. Dessa frågor utreds nu, som jag redovisar senare (avsnitt 1.5), av en särskild utredare.

Utredningen har också, enligt direktiven, kartlagt hur vården för personer med nedsatt beslutsförmåga regleras i andra länder, vilket redovisas närmare i kapitel 2. Jag och sekretariatet har tillsammans med sakkunniga/experter besökt Danmark och samtalat med ansvariga samt studerat hur tvångs- och begränsningsåtgärder praktiseras inom s.k. ”plejehjem”, som är den danska motsvarigheten till särskilt boende.

Någon motsvarande resa till Norge har inte genomförts bl.a. därför att den lagstiftning om tvång och begränsningsåtgärder för personer med demens, som helse- och omsorgsdepartementet arbetar med sedan några år, har blivit försenad. Uppgifter från Norge och några andra länder har inhämtats per telefon eller e-post via olika officiella informanter.

Jag har träffat Rikspolisstyrelsens ansvarige tjänsteman för s.k. eftersök för att diskutera polisens rutiner för att söka efter personer med demenssjukdom som socialtjänst/närstående anmält som saknade. I samtalet deltog också representanter för det företag vars pejlingssystem samtliga polisdistrikt (utom Gotland) upphandlat. Systemet beskrivs närmare i avsnitt 5.3 om rörelselarm. Jag har också besökt Hjälpmedelsinstitutet och fått information om bl.a. det pågående projektet ”Teknik och demens” som syftar till att anpassa nya tekniska hjälpmedel till demenssjukas behov och förutsättningar för ökad användning och nytta.

För att närmare analysera förutsättningar för beslutsordning, överklagande, offentligt biträde m.m. har jag fört samtal med generaldirektör Thomas Rolén, Domstolsverket.

⁴ Växjö och Uppvidinge kommuner samt landstingets psykiatriska klinik och när-sjukvård.

Jag har också träffat representanter för den s.k. Kognitiva gruppen som är ett nätverk för läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter m.fl. som arbetar inom demensvården i Mälardalen samt under hand diskuterat olika frågor kring mina överväganden och förslag med företrädare för äldre- och demensvården i Värmdö och Solna kommuner.

Under utredningsarbetets slutfas har jag informerat dels hälso- och sjukvårds- samt socialberedningarna vid Sveriges Kommuner och Landsting, dels Pensionärernas Riksorganisation (PRO) och Sveriges Pensionärsförbund (SPF) om mina preliminära överväganden och förslag.

1.4 Uppdragets förhistoria

1.4.1 Socialberedningen föreslår lag om skydd för vissa åldersdementa

I sitt betänkande⁵, som i huvudsak behandlar frågor om psykiatrisk tvångslagstiftning, föreslog socialberedningen att en särskild lag om regler till skydd för främst åldersdementa skulle införas.

En viktig socialpolitisk utgångspunkt var, enligt socialberedningen, att alltför många personer med åldersdement beteende fanns på mentalsjukhus långt från hemorten med stöd av psykiatrisk tvångslagstiftning (LSPV). Dessa patienter borde istället få tillgång till ett skyddat boende nära sin hemort i små, lokala och hemlika institutioner.

En sådan reform förutsatte dock en möjlighet att i specifika situationer tillfälligt förhindra någon patient att lämna institutionen. Socialberedningen konstaterade att en sådan åtgärd kunde genomföras endast med uttryckligt stöd i lag. Sådant stöd fanns i den lag, som också föreslogs i nämnda betänkande, om tillfällig tvångsvård vid akuta psykiatriska vårdbehov. Den lagen (nuvarande LPT) var dock inte anpassad för patienter med åldersdement beteende vars behov av skyddsåtgärder oftast beror på långvariga förvirringsstillstånd.

Ett avgörande motiv för en särskild lag, enligt socialberedningen, var att öka rättssäkerheten för de berörda patienterna. Det skulle klart framgå vilka åtgärder som var tillåtna och under vilka förut-

⁵ Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten (SOU 1984:64).

sättningar. Samhället skulle få ökad insyn i den vård där skydds- och tvångsåtgärder användes utan lagstöd och kontroll.

Lagen föreslogs omfatta personer med åldersdement beteende, dvs. de med sviktande minnesfunktioner, bristande orientering i tid och rum, försämrad kommunikation med omvärlden och avtagande uthållighet och förmåga till koncentration. Även yngre personer med sådant beteende (i betänkandet benämnda presenila) skulle ingå och också vissa psykiskt utvecklingsstörda personer. I de senare fallen bedömde socialberedningen att det med säkerhet skulle röra sig om mycket få personer.

Lagen skulle bara kunna tillämpas på vissa typer av institutioner. Det gällde främst sjukhus och sjukhem inom den offentliga hälso- och sjukvården och grupphem inom den offentliga omsorgsverksamheten. Efter tillstånd av Socialstyrelsen skulle lagen också kunna tillämpas på vissa hem inom socialtjänsten under förutsättning att verksamheten bedrevs i samverkan med sjukvårdshuvudmannen.

Den enda tillåtna skyddsåtgärden i lagen skulle vara att låsa den avdelning där patienten eller den boende vistades. Låsningen skulle inte få innebära en kvarhållningsrätt utan skulle bara kunna vidtas för att tillfälligt hindra den som hade en bristande orientering i tid och rum från att utan uppsikt eller följeslagare lämna sjukhuset/hemmet, om det skulle finnas betydande fara för att han annars skulle komma till allvarlig skada.

Socialberedningen föreslog inga regler som medgav fastspänning eller tvångsbehandling. Man noterade också att lagen inte skulle få användas för att mot den åldersdementes eller utvecklingsstördes vilja ta in honom eller henne på en institution.

Den som var ansvarig för vården skulle också besluta om skyddsåtgärden. För det fall den ansvarige inte var psykiatriker skulle en sådan höras innan beslutet kunde fattas. Detta motiverades med att det behövdes psykiatrisk expertis för att avgöra om patienten led av åldersdemens och inte av annat tillstånd för vilket någon annan vårdform eller åtgärd behövdes. En vårdansvarig inom den offentliga omsorgsverksamheten skulle höra med sin överläkare före beslut om skyddsåtgärd.

Beslutet att vidta skyddsåtgärd skulle omprövas regelbundet och minst en gång per halvår. Den som beslutet gällde och dennes närstående skulle kunna överklaga beslutet hos länsrätten.

1.4.2 Regeringen avstyrker socialberedningens lagförslag

Det ansvariga statsrådet bedömde att socialberedningens betänkande och förslag inte räckte som underlag för en särskild lagstiftning⁶.

Statsrådet hänvisade till att lagtekniska svårigheter, som att socialberedningens förslag att dels begränsa lagens personkrets dels de institutionstyper där skyddsåtgärderna skulle kunna tillämpas, innebar att andra grupper med behov av skyddslagstiftning lämnades utanför. Vidare pekade statsrådet på att vissa grundläggande förutsättningar för en lagstiftning hade förändrats under de sex år som gått sedan betänkandet kom. Antalet personer med åldersdemens på mentalsjukhusen hade minskat kraftigt. Ett lovande utvecklingsarbete hade påbörjats med dagvård, nya boendeformer och försök med nya tekniska arrangemang som skulle kunna ge personalen stöd att använda andra metoder än inlåsning och liknande åtgärder. Därför, anförde statsrådet, bör det

...kunna förutsättas att man efter hand når fram till personalorganisations- och tekniska lösningar som gör att frihetsbegränsande åtgärder inte behövs annat än i rena undantagsfall. I den mån detta förändringsarbete inte ger tillfredsställande resultat får frågan om lagreglering tas upp till fortsatta överväganden.

1.4.3 Socialstyrelsen ger ut föreskrifter och allmänna råd

Regeringens beslut att avstyrka socialberedningens lagförslag innebar att brottsbalkens s.k. nödregler även framdeles var det enda stödet i lagen för att av skyddsskäl inskränka de demenssjukas friheter.

För att underlätta för personal att tillämpa nödreglerna i vården beslutade Socialstyrelsen 1992 om allmänna råd⁷. Dessa omarbetades sedan och kompletterades med bindande föreskrifter⁸ om individuellt larm. I de allmänna råden betonas dels att det inte är tillåtet att hindra någon att lämna bostaden om det inte står klart att det annars skulle uppstå en situation som hotar den enskildes liv och hälsa, dels att nödrätten inte får ligga till grund för rutinmässiga ingripanden. Vidare framhålls att inlåsning inte får ske.

⁶ Proposition 1990/91:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m.

⁷ (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad.

⁸ SOSFS1997:16.

Även om boendeenhets ytterdörr kan vara låst, som brukligt är i de flesta människors hem, så måste låset vara av en sådan beskaffenhet att de boende själva kan låsa upp.

Sedan tidigare fanns en föreskrift om tvångsmedel inom sjukvården⁹. Av den framgår bl.a. att sängsele, sängväst, och liknande anordning inte får användas för att hålla en patient kvar i sängen. Fastspänning får inte användas för att hålla fast en orolig patient, utan endast för att möjliggöra aktivering av svaga patienter som annars skulle riskera att falla ur stolen eller liknande. Sådan fastspänning fordrar läkarordination. I föreskriften understryks vikten av att det finns tillräckliga personalresurser för att klara en adekvat vård och övervakning utan att använda tvångsmedel.

1.4.4 Socialstyrelsen aktualiserar frågan om lagreglering på nytt

Socialstyrelsen hemställde i skrivelse daterad 10 december 1999

...att regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att lägga fram förslag till hur rättsskyddet kan stärkas för äldre personer som till följd av demenssjukdom, psykisk störning eller andra tillstånd har en nedsatt beslutsförmåga.

Socialstyrelsen hänvisade till en rapport¹⁰ i vilken underlag om rättssäkerheten inom äldreomsorgen från länsstyrelserna, Socialstyrelsens tillsynsenheter och aktuell forskning sammanställts. Det framkom då bl.a. att

- det är relativt vanligt att hela enheter är låsta på ett sådant sätt att det i realiteten är omöjligt för dementa personer att själva ta sig ut,
- skyddsåtgärder ibland används på ett sådant sätt att de strider mot lag,
- det finns en del brister i kunskap om regler för användande av skyddsåtgärder,
- personalens attityder påverkar hur ofta och på vilket sätt skyddsåtgärder används,
- rättsskyddet för personer med nedsatt beslutsförmåga är klart otillräckligt,

⁹ Socialstyrelsens kungörelse med föreskrifter (SOSFS 1980:87) om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidsvård.

¹⁰ Skyddsåtgärder inom äldreomsorgen (Äldreuppdraget 1999:7).

- nuvarande rättsregler inte ger tillräcklig vägledning för personalens handlande.

Enligt Socialstyrelsen bör huvudregeln vara att skyddsåtgärder endast används om den enskilde samtycker. Åtgärderna måste också vara etiskt försvarbara och användas på sätt som stämmer överens med kraven på en god vård. En grundläggande förutsättning för att rättstryggheten ska kunna tillgodoses inom äldreomsorgen bör vara, hävdar Socialstyrelsen, att den enskilde företräds av någon person eller något organ som enligt lag får särskilda befogenheter på vård- och omsorgsområdet. Då skulle äldre personer med nedsatt beslutsförmåga kunna ges vård och omsorg på rättsliga grunder med ställföreträdarens medgivande.

Det kan dock uppkomma situationer då det finns en allvarlig och överhängande fara för den enskildes liv och hälsa och att personal därför omedelbart och utan samtycke från den enskilde eller dennes ställföreträdare måste kunna använda skyddsåtgärder. Nu måste sådana åtgärder grundas på brottsbalkens bestämmelser om ansvarsfrihet vid brott så länge det saknas lagbestämmelser som utformats med hänsyn till förutsättningarna inom vård och omsorg.

Socialstyrelsen betonar att en sådan ny lagstiftning, anpassad för situationer inom vård och omsorg, inte får innebära någon ökning av möjligheterna att använda skyddsåtgärder. Så långt möjligt måste preciseras vilka åtgärder som får vidtas för att skydda äldre personer och vilka förutsättningar som då ska vara uppfyllda.

1.4.5 Demensarbetsgruppen vill att behovet av lagstiftning utreds

Socialdepartementet tillsatte 2002 den s.k. Demensarbetsgruppen med uppgift att sammanställa befintliga kunskaper om situationen för personer med demenssjukdomar till en helhetsbild av nuläget samt att identifiera utvecklingsområden där åtgärder behöver sättas in. Demensarbetsgruppen redovisade i sin slutrapport¹¹, som ett bland ett stort antal förslag, att

¹¹ På väg mot en god demensvård – Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga (Ds 2003:47).

Regeringen bör tillsätta en särskild utredning med uppgift att överväga och ta ställning till om det fordras en särskild lagstiftning som gör det möjligt att vidta tvångsåtgärder efter noggrann prövning, etiska principer och då alla andra frivilliga utvägar prövats. En sådan lagstiftning skulle minska det tvång som idag förekommer inom demensvården.

1.4.6 ...liksom Förmynderskapsutredningen

Förmynderskapsutredningen har haft i uppdrag att se över lagstiftningen om ställföreträdare för beslutsinkompetenta vuxna personer. Utredningens förslag redovisas i nästa avsnitt.

Förmynderskapsutredningen har i slutbetänkandet starkt uttalat sig för en lagreglering av skydds- och tvångsåtgärder för personer utan beslutskompetens och också redovisat sin syn på hur gränsen för företrädarens mandat kan dras i konkreta fall och vilka åtgärder som bör regleras i en eventuell lagstiftning.

1.5 Andra aktuella utredningar och projekt med relevans för mitt uppdrag

1.5.1 Förmynderskapsutredningen har föreslagit ny lagstiftning om ställföreträdare

Förmynderskapsutredningens slutbetänkande¹² om ställföreträdarskap inom hälso- och sjukvården respektive området för social välfärd nämns, som framgått, i mina direktiv som en viktig utgångspunkt för mina överväganden och förslag. I kort sammanfattning föreslås i betänkandet att två nya lagar om ställföreträdare för vuxna med nedsatt beslutsförmåga inom den sociala välfärden respektive inom hälso- och sjukvården införs. Dessa lagar föreslås få en i stort sett identisk uppbyggnad och ska reglera hur ställföreträdarna ska utses och vad de ska göra, som t.ex. att ansöka om sociala förmåner samt ta ställning i frågor om samtycke till hjälp- och stödåtgärder inom vården. Ställföreträdaren ska dock inte med rättslig verkan kunna godta att den enskilde utsätts för tvångsåtgärder av olika slag. Som definition på vad som menas med att en person har nedsatt beslutsförmåga anges att

¹² Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112).

...den enskilde p.g.a. psykisk störning, sjukdom, skada eller liknande förhållande uppenbarligen inte förmår att tillgodogöra sig information i en fråga rörande angelägenheter inom den sociala välfärden, att självständigt överväga konsekvenserna av beslut i frågan eller att meddela sin mening. Ett sådant beslut skall, liksom när det gäller företrädskap i hälso- och sjukvårdsfrågor, grunda sig på den uppkomna angelägenhetens karaktär och förhållandena när den enskildes ställningstagande aktualiseras. Det bör endast fattas om det har betydelse för ställningstaganden till sociala förmåner eller omvårdnadsåtgärder.

En mer utförlig sammanfattning¹³ av förmynderskapsutredningens betänkande bifogas som bilaga 2.

Förmynderskapsutredningens betänkande bereds nu inom Regeringskansliet. Flera remissinstanser har framfört kritik mot förslagen på vitala punkter. Regeringen har inte lagt någon proposition inom den tid jag disponerar för mitt uppdrag. Enligt direktiven ska jag utarbeta mina förslag med beaktande av de förslag Förmynderskapsutredningen lämnat. Det är således osäkert i vad mån Förmynderskapsutredningens förslag kommer att förverkligas.

1.5.2 SBU har utvärderat aktuell forskning om demenssjukdomar

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har regeringens uppdrag att utvärdera olika metoder i vården ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, etiskt och socialt perspektiv. SBU har nu med utgångspunkt från en systematisk vetenskaplig kunskapssammanställning försökt fastställa det aktuella kunskapsläget om demenssjukdomar i vidare bemärkelse: förekomst av demens, riskfaktorer för utveckling av demenssjukdom, utredningar av demens, behandlingar av demens, genetiska möjligheter, etiska överväganden, kostnader för demens.

Ett tjugofemtal forskare har under fyra år bedömt cirka 4 500 vetenskapliga studier. Rapporten¹⁴ innehåller också genomgångar av studier om etik i demensvården liksom studier av omvårdnad av personer med demenssjukdom, dvs. områden som mer direkt har koppling till mitt uppdrag. I grov sammanfattning bedömer SBU

¹³ PM 2005 04 13 Justitiedepartementet, enheten för familjerätt och allmän förmågenhetsrätt "Förslagen i Förmynderskapsutredningens slutbetänkande (SOU 2004:112) såvitt gäller ställföreträdskap inom hälso- och sjukvården respektive området för social välfärd".

¹⁴ Demenssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt, SBU 2006.

- att det behövs mycket mer forskning om hur man diagnostiserar, behandlar, medicinerar och vårdar personer med demenssjukdom,
- att möjligheterna att få kontakt och etablera en relation med den sjuke är fundamentala för en god omvårdnad,
- att sinnliga upplevelser (musik, sång, dans, beröring, mat) är viktiga ingångar till kontakt när talet sviktar samt
- att etiska aspekter och bedömningar måste ingå i vardagsarbetet inom demensvården.

1.5.3 Socialstyrelsen utarbetar nationella riktlinjer för demensvård

På basis av framför allt SBUs utvärdering ska Socialstyrelsen utarbeta riktlinjer för en evidensbaserad demensvård, dvs. metoder för behandling, vård och omsorg av personer med demenssjukdom som forskningen har visat ger resultat. Riktlinjerna beräknas vara klara och kunna införas under 2008. Jag ser flera beröringspunkter mellan mitt uppdrag och Socialstyrelsens kommande riktlinjer och har därför haft samråd under hand med de personer som ansvarar för att utarbeta dessa.

1.5.4 IMS gör en kunskapsöversikt om yngre personer med demenssjukdom

Regeringen har givit Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) uppdraget att särskilt kartlägga forskning och praktik vad gäller personer som är under 65 år och har demenssjukdom. Kunskapsöversikten beräknas vara klar i februari 2007. Några frågor som ska besvaras är:

- Vad är särskilt viktigt att uppnå med olika vård- och omsorgsinsatser till yngre personer med demens?
- Hur ska vården och omsorgen utformas utifrån de sjukas och deras närståendes perspektiv?
- Vilka etiska överväganden är betydelsefulla vid vård och omsorg till yngre personer med demens och deras närstående?

1.5.5 Utredningen om en stärkt och tydligare tillsyn av socialtjänsten

En särskild utredare har uppdraget¹⁵ att överväga förändringar i organisationen av och ansvarsfördelningen inom tillsynen inom socialtjänstens område. Utredaren kommer bl.a. att granska den nuvarande tillsynen av äldreomsorgen som bl.a. omfattar tillsyn av särskilda boenden för personer med demenssjukdom. Dagens tillsyn innebär ett delat statligt ansvar så till vida att länsstyrelserna bevakar vård- och omsorgsfrågor enligt SoL och Socialstyrelsen bevakar medicinska insatser enligt HSL. Utredarens uppdrag överlappar sålunda denna utrednings och förslagen kan få konsekvenser för tillsynen av en lagstiftning om tvångsåtgärder för personer med demenssjukdom. Uppdraget ska redovisas senast det 1 juli 2007.

¹⁵ S 2004:12 Utredningen om tillsynen inom socialtjänsten (Dir 2004:178).

2 Internationell utblick

Det pågår, har jag kunnat konstatera, en debatt såväl inom som utom Europa om hur samhället ska förhålla sig till vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga. Problembeskrivningen är likartad och utgår från att det är en svår och grannliga uppgift för en stat att begränsa autonomi och självbestämmande för vuxna medborgare¹. Några konflikter som genomgående återkommer handlar om avvägningen

- mellan frihet å ena sidan och säkerhet å den andra,
- mellan statens åtagande att skydda utsatta och sårbara personer å ena sidan och vuxna personers basala mänskliga fri- och rättigheter å den andra,
- mellan formella och legala regler å ena sidan och informellt stöd av familj och vänner å den andra,
- mellan generella regler å ena sidan och individuellt utformade insatser och hänsyn å den andra,
- mellan en allmän uppfattning att vuxna personer kan besluta om sitt eget bästa å ena sidan och behovet att försäkra sig om att samtycket är äkta och informerat å den andra.

De lösningar man ser på dessa dilemman varierar, men handlar överlag om att utforma regler för förmyndare/legala företrädare (guardianship measures). I ett antal länder har också diskussionen om s.k. framtidsfullmakter (advance directive/living will) kommit långt. Det gäller således främst frågor som den tidigare nämnda förmyndarskapsutredningen har behandlat i sina förslag. Förutsättningarna för att vårda dessa personer mot deras vilja/utan deras samtycke regleras i många länder inom den psykiatriska tvångslagstiftningen och avser tvång i akuta situationer på grund av psykisk sjukdom.

¹ Decision-making, dementia and the law: Cross national perspectives, Kathleen H Wilber, University of Southern California, USA, Aging & Mental Health 2001:5.

Debatten och lagstiftningsarbetet rör som regel en vidare målgrupp av vuxna med nedsatt beslutsförmåga som t.ex. personer med psykisk oförmåga eller störning (incapacity/disturbance) eller sjukdom. Det är ett fåtal länder som har en lagstiftning som enbart riktar sig till personer med demenssjukdom².

Jag redovisar nedan främst hur man i de nordiska länderna, men också i några andra länder av intresse, har reglerat frågan om skydd av personer med nedsatt beslutsförmåga.

Jag vill dock förse redovisningarna från framför allt de utomnordiska länderna med vissa reservationer. Det kan vara problematiskt dels att förstå och rätt återge utländsk lagstiftning och praxis inom detta område och dessutom pågår ett förändrings- och utvecklingsarbete i många länder, vilket gör att uppgifter snabbt kan bli inaktuella.

2.1 Danmark har lag om tvångsåtgärder för vuxna med psykiska funktionshinder

Danmark införde den 1 januari 2000 regler om tvångsåtgärder (magtanvendelse) för vuxna med betydande och varaktigt nedsatt psykisk funktionsförmåga³ i lagen om social service (serviceloven). Reglerna gäller oavsett boendeform och vårderbjudande (dagtilbud) och omfattar därför också privat drivna hem om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda. Dessa regler har samband med 67 § a i serviceloven som ålägger kommunen eller amtskommunen en plikt att ge hjälp i enlighet med lagen till "...personer med betydligt nedsatt psykisk funktionsförmåga, som inte kan ta till vara sina egna intressen, oavsett om det föreligger samtycke från den enskilde". Denna bestämmelse kan dock inte åberopas om personen motsätter sig insatsen.

Lagreglerna utvärderades under 2002 och det bedömdes att de på några punkter inte fått avsedd effekt. Från och med 1 juli 2003 har därför de lagliga möjligheterna ökat att

1. hålla fast patienter mot deras vilja i hygiensituationer (rakning, duschning etc.),
2. använda pejlings- och larmsystem för att kontrollera enskilda patienter,

² Perspectives on legislation relating to the rights and protection of people with dementia in Europe, D Gove & J Georges, *Aging&Mental Health* 2001:5.

³ Lov nr 392 av 2 juni 1999.

3. använda särskilda dörröppnare för att försvåra för enskilda patienter att lämna hemmet etc. och
4. att flytta en person från sin bostad till ett vårdhem.

Det överordnade syftet med bestämmelserna om tvångsåtgärder är att öka rättssäkerheten dels för de människor som till följd av en nedsatt psykisk funktionsförmåga inte kan ta vara på sig själva, och som ofta inte har förmåga att lämna ett giltigt samtycke, dels för den personal som arbetar med dessa människor.

Ett huvudsyfte med bestämmelserna är att begränsa användandet av tvångsåtgärder så långt möjligt. Det anges i lagen att

- tvångsingrepp aldrig får ersätta omsorg, vård och socialpedagogiskt bistånd,
- det ska finnas tillräcklig dokumentation om den nedsatta funktionsförmågan,
- man innan en tvångsåtgärd sätts in ska ha försökt att få den enskilde att medverka på frivillig väg,
- en mindre ingripande åtgärd alltid ska användas före en mer ingripande åtgärd om det är tillräckligt,
- tvångsåtgärder alltid ska utövas så kortvarigt och skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till den enskilde.

Vidare krävs att den enskilde inte samtycker till att en sådan tvångsåtgärd vidtas. Med att "inte samtycka" menas att den enskilde antingen aktivt motsätter sig en åtgärd eller förhåller sig passiv till den.

De tvångsåtgärder som den danska lagstiftningen under dessa förutsättningar medger är:

Personliga alarm- och pejlingssystem

En kommun eller amtskommun (motsvarar ungefär landsting i Sverige) kan besluta att under en avgränsad tid använda ett alarm-system för att varna personal eller andra (t.ex. närstående) att en person lämnar boendet/dagverksamheten, eller ett pejlsystem för att spåra personen utanför boendet, om det finns risk för att personen riskerar att skada sig själv eller andra.

Särskilda dörröppnare

En kommun eller amtskommun kan också besluta om att använda särskilda dörröppnare (dubbla dörrgrepp, dubbeltryck för öppning etc.) för att fördröja utpassage genom ytterdörrarna vid boendet eller dagverksamheten. Detta kräver att det finns en näraliggande risk för att en eller flera personer genom att lämna boendet eller dagverksamheten utsätter sig själv eller andra för väsentlig personskada och att åtgärden är absolut nödvändig för att förhindra detta samt att lagens övriga möjligheter redan prövats.

Fasthållning

En kommun eller amtskommun kan under samma förutsättningar som ovan besluta att fysiskt tvång får användas för att hindra en person från att lämna ett boende eller för att återföra någon till boendet.

Fastspänning

En kommun eller amtskommun kan under begränsad tid besluta att någon ska kunna spännas fast med ”stofseler”. Det kräver att det finns en näraliggande risk för att personen kan utsätta sig själv för väsentlig personskada och att fastspänningen därför är absolut nödvändig.

Flyttning till ett särskilt boende

En kommun eller amtskommun kan hemställa hos sociala nämnden att flytta en person till särskilt boende, trots att denne motsätter sig detta eller inte givit sitt informerade samtycke. För denna åtgärd krävs:

- att den är absolut nödvändig för att personen ska få erforderlig hjälp,
- att hjälpen inte kan ges i personens nuvarande bostad,

- att personen inte kan överblicka konsekvenserna av sina handlingar,
- att personen utsätter sig själv för att lida väsentlig personskada samt
- att det är oförsvarligt att inte sörja för en flyttning.

Den danska lagstiftningen har varit betydelsefull som modell för mina överväganden och förslag och jag bifogar därför en mer utförlig beskrivning⁴ av de olika åtgärderna och reglerna för beslut och överklagande m.m. som sammanställts av utredningens sekretariat (bilaga 3).

Från och med den 1 januari 2005 har den danska psykiatriloven ändrats. Det är nu möjligt att använda personliga alarm- och pejlingssystem och särskilda dörrlås för dementa personer som är inlagda på en psykiatrisk avdelning⁵. Bakgrunden till lagändringen är en händelse då en äldre man med demenssjukdom, som var inlagd på en psykiatrisk avdelning, lämnade denna och hittades död efter ett par dagar⁶.

2.2 Norge har skyddsregler för personer med psykisk utvecklingsstörning

I Norge finns skyddsregler för personer med psykisk utvecklingsstörning (utviklingshemning) i lagen om sociala tjänster som trädde i kraft år 1999 och reviderades från och med 1 januari 2004⁷ efter en omfattande utvärdering.

Syftet med reglerna är att förhindra att personer med psykisk utvecklingsstörning utsätter sig själva eller andra för väsentlig skada samt att förebygga och begränsa tvångs- och maktutövning. Dessutom anges att ingen i personkretsen ska "...behandlas på en nerverderigende eller krenkende måde".

Reglerna kan användas när personer med utvecklingsstörning dels får del av lagens s.k. sociala tjänster – praktiskt bistånd som t.ex. personlig assistans, avlastning, stödkontakt och institutionsboende – dels när de är föremål för insatser från primärvården (sykehjem og hjemmesykepleie).

⁴ PM 2005-10-04, Danmark – lagstiftning om tvångsåtgärder inom det sociala området.

⁵ Lov (nr 1371 af 20/12/2004) om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrin.

⁶ Uppgift via e-post från Bente Brandborg, Socialministeriet.

⁷ Ot.prop 55/2002–2003.

Som tvångs- och maktutövning räknas åtgärder som den enskilde motsätter sig eller åtgärder som är så integritetskränkande (ingripande) att de oavsett den enskildes motstånd måste betraktas som uttryck för tvång och makt. Att använda integritetskränkande tekniska varnings- eller larmsystem ska alltid räknas som tvångs- eller maktutövning enligt reglerna. Däremot ska allmänna tillsägelser samt att leda/föra en person med händerna eller annan liknande fysisk påverkan inte räknas som tvångs- eller maktutövning.

Reglerna innehåller krav på att förebygga tvång. Kommunen har ansvar för att organisera verksamheten så att minsta möjliga tvång behövs genom t.ex. personalutbildning, handledning och uppföljning. Andra lösningar måste ha prövats innan tvångsåtgärderna kan användas. Tvång och makt kan bara användas när det är professionellt, verksamhetsmässigt och etiskt försvarbart. Åtgärderna får inte gå längre än vad som är nödvändigt för att uppnå syftet. Tvång och makt kan bara användas för att förhindra eller begränsa väsentlig skada i följande situationer:

- a) Åtgärder för att förhindra skada i nödsituationer.
- b) Planerade åtgärder för förhindra skador i upprepade nödsituationer.
- c) Åtgärder för att täcka den enskildes grundläggande behov av mat, dryck, påklädning, vila, sömn, hygien och personliga trygghet.

Reglerna innehåller speciella begränsningar för vissa åtgärder. Mekaniska tvångsmedel som hindrar den enskilde från att röra sig fritt som t.ex. bälten, remmar, speciella kläder för att förebygga skada och liknande kan bara användas för att ge personer som också har fysiska funktionshinder nödvändigt stöd så att de inte ska falla och för att förhindra att de skadar sig själva.

Likaså om det i en nödsituation är nödvändigt att skärma av eller isolera den enskilde från andra personer, får detta bara ske i ett vanligt rum med olåst dörr. I undantagsfall kan dörren behöva låsas av säkerhetsskäl. Den enskilde ska alltid hållas under uppsyn och isoleringen ska avbrytas så snart situationen är under kontroll.

Beroende på hur ingripande åtgärden betraktas, så kan beslut fattas av den som utför tvångsåtgärden (vid tidsbrist), den som har det dagliga ansvaret för verksamheten eller den som har det överordnade verksamhetsansvaret. Beslutet ska vara skriftligt och innehålla uppgifter om bl.a. situation och omständigheter, själva

tvångsåtgärden samt motivet för den, vilken tidsbegränsning som gäller samt hur den enskilde ställer sig till åtgärden. Beslutet ska också upplysa om att Fylkesmannen (motsvarar länsstyrelsen) kan överpröva beslutet samt vilken myndighet som har tillsynsansvar.

Norska socialdepartementet lade 2002 fram ett förslag till lag⁸ om i vilka situationer och under vilka förhållanden en tvångsåtgärd får användas i vården av personer med demenssjukdom. Förslaget väckte stor debatt och flera remissinstanser var kritiska.

Förslaget har därför omarbetats och helse- och omsorgsdepartementet överlämnade i april 2006 en ny proposition⁹ med lagförslag. I den föreslås dels ändringar i patienträttighetslagen (4–6 §§) om sjukvård för personer som saknar förmåga till samtycke dels, i ett nytt kapitel 4A, primærhelsetjenesten (sykehjem og hjemmesykepleie), förslag till regler för patienter som saknar förmåga till samtycke och som motsätter sig sjukvårdsinsatser. Huvudsyftet med förslagen är att förtydliga och utvidga den rättsliga grunden för sjukvårdsinsatser till patienter som saknar förmåga till samtycke för att förbättra deras rättssäkerhet. Ett viktigt syfte med lagförslaget är dessutom att förebygga och minska användning av tvångs- och begränsningsåtgärder.

Förslagen i propositionen gäller som princip oavsett diagnos och i alla former av primärvård, specialistvård och tandvård. På grund av de stränga materiella villkoren blir de dock i praktiken särskilt aktuella för personer med demens, psykisk utvecklingsstörning och olika former av hjärnskador.

Huvudregeln är att sjukvårdspersonalen först måste pröva olika sätt att ge vårdinsatsen på frivillig väg med hänsyn till den enskildes individuella förutsättningar. Ett annat krav är att vården eller behandlingen måste vara medicinskt nödvändig och att patienten, om han eller hon inte får vård eller behandling, skulle drabbas av en väsentlig ”helseskada”. Åtgärden måste också stå i ett rimligt förhållande till patientens medicinska behov.

Är dessa båda förutsättningar uppfyllda krävs, enligt propositionen, dessutom att det, efter en samlad bedömning kan visas att den aktuella medicinska behandlingen är den ”klart bästa lösningen” för patienten, för att den ska kunna genomföras med tvång eller ”andre tiltak for å omgå motstand” hos patienten. Avsikten med det sista

⁸ Lov om rettigheter for og begrænsning og kontroll med bruk av tvang m.v. overfor personer med demens – Hoeringsnotariat.

⁹ Ot.prp.nr 64/2005–2006 – Om lov om endringer i pasientrettslova og biobankslova (helsehjelp og forskning – personar utan samtykkeskompetense).

ledet i föregående mening är att den föreslagna lagen också ska inkludera åtgärder som inte innebär utpräglat tvång, men som ändå är ingripande åtgärder med syfte att undanröja patientens motstånd. Ett typiskt exempel på detta är när personalen blandar medicin i mat eller dryck, därför att man vet att patienten annars kommer att göra motstånd mot att ta medicinen.

I propositionen föreslås att beslut om medicinska åtgärder som patienten motsätter sig ska fattas av ansvarig sjukvårdspersonal (oftast en läkare eller tandläkare). När åtgärderna bedöms som allvarliga eller särskilt ingripande ska beslutet fattas efter samråd mellan två personer med relevant medicinsk utbildning och yrkeserfarenhet. Patienten och hans eller hennes närstående ska, när så är möjligt, höras innan beslutet om att genomföra åtgärden fattas.

Besluten ska dokumenteras i journalen i enlighet med reglerna i lagen om dokumentationsplikt för hälsovårdspersonal. Huvudregeln är att patienten och de närstående ska informeras innan åtgärden genomförs. Men om det kan innebära risk för att åtgärden inte kan genomföras kan informationen till patienten lämnas i efterhand. Även vårdgivaren/verksamhetschefen, dvs. den person som har det övergripande ansvaret för den aktuella sjukvården, samt helsetilsynet i fylket ska informeras.

I propositionen föreslås att patienten eller de närstående ska kunna överklaga alla åtgärder i lagförslaget till helsetilsynet i fylket.

2.3 I Finland finns lagregler för insatser utan samtycke till personer med utvecklingsstörning

I Finland¹⁰ regleras insatser till personer med utvecklingsstörning i lagen angående specialomsorger för utvecklingsstörda (1977). Den ger möjligheter till specialomsorg mot den enskildes vilja under förutsättning att tillräcklig omsorg inte kan uppnås på annat sätt och det finns fara antingen för den enskildes eget liv och hälsa eller för att han utgör en fara för andra personers säkerhet. Beslut fattas av en ledningsgrupp för specialomsorgerna och ska anmälas till länsrätten.

Tvångsåtgärden får inte pågå längre än sex månader (38 §). Enligt lagens 40 § och i enlighet med mentalvårdslagens 19 § kan vård utan klientens samtycke ske för längre tid än sex månader ifall

¹⁰ Uppgift via e-post från Viveca Arrhenius, Social- och hälsovårdministeriet.

personen är åtalad för brott, men inte blivit straffad på grund av sin mentala situation, och har blivit anvisad specialomsorg.

För närvarande strävar man efter att samordna lagen om specialomsorger och *lagen om service och stöd på grund av handikapp* till en lag om funktionshindrade. I det sammanhanget kommer man också ta ställning till bestämmelserna som rör vård utan samtycke.

Däremot finns ingen särskild lag i Finland som reglerar insatser (service) för äldre personer eller för personer med demenssjukdom mot deras samtycke/vilja. Personer med demenssjukdom omfattas, i den mån de har behov av tvångsvård, liksom alla andra medborgare av mentalvårdslagen (som gäller personer som lider av psykisk sjukdom) från 1990.

2.4 Några övriga länder

2.4.1 England och Wales

Mental Capacity Act från 2005¹¹ innehåller ett regelverk för att stärka och skydda sårbara personer som har svårt att fatta självständiga beslut. Den klargör olika företrädares mandat och ger också möjligheter för personerna att i förväg planera för situationer när de kan ha förlorat sin beslutsförmåga.

Fem principer utgör lagens fundament

1. Ett antagande om förmåga – varje vuxen person har rätt att fatta sina egna beslut och måste antas ha den förmågan tills motsatsen bevisas.
2. Rätten för individer att få stöd att fatta egna beslut – personerna måste ges all rimlig hjälp innan någon konstaterar att de inte kan fatta egna beslut.
3. Att individerna måste få behålla rätten att fatta även vad som kan uppfattas som excentriska och okloka beslut.
4. Bästa intresse (best interests) – vad någon gör för personer utan förmåga eller på deras vägnar ska vara i deras bästa intresse.
5. Minst ingripande åtgärd – vad någon gör för personer utan förmåga eller på deras vägnar ska vara det som minst begränsar deras fri- och rättigheter.

¹¹ Department för Constitutional Affairs, www.dca.gov.uk.

Lagen definierar tvångs- och begränsningsåtgärder (restraints) som att använda eller hota att använda tvång när en oförmögen (incapacitated) person gör motstånd (resist), liksom varje frihets- eller rörelsebegränsning oavsett om personen gör motstånd. En tvångs- eller begränsningsåtgärd är endast tillåten om den som utövar den skäligen (reasonably) tror att den är nödvändig för att förhindra att den oförmögne personen skadas, och att det tvång som utövas står i proportion till sannolikheten för att skadan inträffar och till hur allvarlig den kan bli.

Lagen klargör också att en åtgärd som berövar en person friheten enligt artikel fem i den Europeiska konventionen om mänskliga fri- och rättigheter inte har stöd i denna lag.

Ett förslag till ny psykiatrisk lagstiftning, Mental Health Bill, som ska ersätta gällande lag från 1983 bereds under hösten 2006 med inriktning att träda i kraft inom kort. I den lagen ska frågor om intagning och behandling med tvång av personer med psykisk sjukdom eller störning regleras.

2.4.2 Holland

I Holland¹² finns regler om tvångsåtgärder och begränsningar av individens frihet i den psykiatriska tvångslagstiftningen (Psychiatric Hospitals Act). Exempel på sådana begränsningar är att sätta upp sänggrindar, ge medicin i ”maskerad” form och att isolera eller låsa in personer i deras rum. Lagen omfattar, bland andra, personer med demenssjukdom och personer med utvecklingsstörning (mental disability).

Lagen ses nu över för att i praxis kunna fungera även för de senare grupperna. Lagen har nämligen inte kunnat ge dessa grupper det rättsskydd som var avsikten. Så t.ex. utgår lagen från ett antagande att personer som finns på vårdinstitutioner har en vårdplan som utformats för att lindra eller helt bota deras sjukdom eller störning, och på så sätt undanröja de riskförhållanden som motiverar tvångsåtgärderna.

För de nämnda grupperna (personer med demens eller utvecklingsstörning) gäller inte den förutsättningen. Deras sjukdomar är kroniska och de (avvikande) beteenden och handlingar som demenssjukdom eller utvecklingsstörning kan ge upphov till,

¹² Uppgifter via e-post från Birte van Elk som representerar Holland vad gäller hälso- och sjukvård samt social välfärd i EU.

kräver helt andra vårdformer (-metoder) och annan behandling. Det gäller särskilt med hänsyn till frågor om huruvida tvång är nödvändigt och huruvida den enskilde gör motstånd mot en åtgärd eller visar sitt samtycke.

Lagen måste dessutom moderniseras så att det önskvärda rättsliga skyddet går i takt med förändringar i samhället. Så t.ex. bor allt färre personer på institutioner, utan föredrar istället – även när detta kräver omfattande stöd – att bo kvar hemma, eller i vart fall bo i ett mindre, mer personligt sammanhang. Mot den bakgrunden måste tvångslagstiftningen kunna garantera att:

1. Alla personer med demenssjukdom eller utvecklingsstörning har samma rättsskydd om deras individuella frihet begränsas av vården (professional carers).
2. Detta rättsskydd måste garanteras inte bara på en institution utan också i andra boendeformer.

Lagen måste också innehålla incitament som uppmuntrar vårdgivare att utveckla alternativa sätt att förhindra risker i vården innan man tvingas, som en sista utväg, tillgripa begränsningar av den individuella friheten. Lagen måste på så sätt vara väl genomtänkt och anpassad för målgruppen.

2.4.3 USA

I USA¹³ beslutar varje stat om hur man ska skydda, utan att ”överbeskydda”, personer som saknar tillräcklig kognitiv och/eller emotionell förmåga för att kunna göra eller uttrycka sina självständiga livsval. Genom att USA har en stor etnisk, kulturell och ideologisk mångfald ser lagstiftning och policy inom detta område mycket olika ut. En gemensam linje i många stater är att lagstiftningen ger personer med tillfälligt nedsatt beslutsförmåga möjlighet att planera för framtida situationer då beslutsförmågan kan vara permanent försämrad (living wills or declarations). Den rätten bevakas legalt av förmyndare (attorney for health/ health care proxy). Annars är det en grundläggande amerikansk värdering att komplexa och intima beslut som rör personer med nedsatt

¹³ Legal interventions for persons with dementia in the USA; ethical, policy and practical aspects, M B Kapp, Wright State University, Dayton, Ohio, USA, Aging&Mental Health 2001:5.

beslutsförmåga så långt möjligt ska fattas inom det informella nätverket, dvs. familjen, vänner och frivilliga stödpersoner.

På federal nivå finns vägledande regler, Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 (OBRA '87), som definierar under vilka förutsättningar som vårdgivare kan använda fysiska och kemiska (chemical) tvångs- och begränsningsåtgärder (restraints)¹⁴.

2.4.4 Japan

I och med att Japan införde en vårdförsäkring för äldreomsorgen (kaigohoken) år 2000 infördes restriktioner för användandet av fysiska begränsningsmedel som bälten, tvångströja, sänggrindar, fastlåsta stolar, låsta dörrar m.fl. All omvårdnad av äldre kräver den enskildes samtycke. Familjens uppfattning och vilja har dock av tradition ett mycket starkt genomslag i Japan. Det innebär i praktiken att familjens önskemål ofta har fått gå före äldre, speciellt demenssjuka, personers uppfattning och samtycke när beslut har fattats om innehåll och åtgärder i vården.

En ny och mer restriktiv lagstiftning har därför antagits i november 2005 med syfte att förhindra övergrepp mot äldre (koureisha gyakutaiboushi hou). Lagen föreskriver respekt för äldre personers värdighet och mänskliga rättigheter och förbjuder generellt tvångs- och begränsningsåtgärder och frihetsinskränkningar. Sådana får bara användas tidsbegränsat i definierade undantagsfall som t.ex. när en demenssjuk person med dropp ständigt försöker rycka bort detta med fara för livet som följd. Lagen ålägger också personalen att rapportera missförhållanden som upptäcks till ombud eller till polisen. Det innebär en rapporteringskyldighet som påminner om den i svenska Lex Sarah.

I Japan finns också offentliga ombud (seinen-kouken-seido) för personer med demenssjukdom. Dessa (motsvaras i Sverige närmast av god man) har till uppgift att bevaka deras intressen i beslut om såväl vård- och omsorgsfrågor som när det gäller ekonomiska förhållanden¹⁵.

¹⁴ Braun och Lipson, *Toward a restraint free environment* (chapter 15), Health Professions Press 1993.

¹⁵ Uppgifter via e-post från Kayoko Minemoto, assistant professor, Osaka University of Human Sciences.

3 Översikt över relevant lagstiftning

3.1 Inledning

I detta kapitel finns en redovisning av innehållet i sådan lagstiftning som har betydelse för mitt utredningsuppdrag och som inte berörs i andra avsnitt i detta betänkande. Vidare finns avsnitt som behandlar frågan om vad som avses med myndighetsutövning och med begreppet påtvingat och tvång.

3.2 Regeringsformen

3.2.1 Allmänt

I 1 kap. 2 § regeringsformen (RF) har förts samman ett antal s.k. program- eller målstadganden för den offentliga verksamheten. I paragrafen anges följande.

Den offentliga makten skall utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet.

Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd skall vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Det skall särskilt åligga det allmänna att trygga rätten till hälsa, arbete, bostad och utbildning samt att verka för social omsorg och trygghet.

Det allmänna skall främja en hållbar utveckling som leder till en god miljö för nuvarande och kommande generationer.

Det allmänna skall verka för att demokratins idéer blir vägledande inom samhällets alla områden samt värna den enskildes privatliv och familjeliv. Det allmänna skall verka för att alla människor skall kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället. Det allmänna skall motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller annan omständighet som gäller den enskilde som person.

Etniska, språkliga och religiösa minoriteters möjligheter att behålla och utveckla ett eget kultur- och samfundsliv bör främjas.

Bestämmelsen anses inte rättsligt bindande utan anger mål för den samhälleliga verksamheten¹.

De rättsligt bindande reglerna på fri- och rättighetsområdet återfinns i RF:s 2 kap. Dessa brukar indelas i fyra huvudkategorier. Bland dessa återfinns bl.a. de s.k. kroppsliga fri- och rättigheterna (4–8 §§) och en grupp speciella rättssäkerhetsgarantier (9–11 §§).

Rättigheterna i 2 kap. är av två slag, dels sådana som inte kan inskränkas annat än genom grundlagsändring (s.k. absoluta rättigheter), dels sådana som kan inskränkas genom lag eller efter bemyndigande genom annan författning (s.k. relativa rättigheter). Kravet på att inskränkningarna måste ha form av lag innebär att man inte kan acceptera några sedvanerättsliga begränsningar av dessa grundläggande fri- och rättigheter².

Vilka av rättigheterna som är relativa och som därför är möjliga att begränsa genom lag framgår av 2 kap. 12 § första stycket. I bestämmelsens andra stycke anges vissa principer som måste beaktas vid en eventuell begränsning av dessa rättigheter. Bl.a. anges att en begränsning endast får göras för att tillgodose ändamål som är godtagbart i ett demokratiskt samhälle och att en begränsning aldrig får gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den.

Skyddet för de i RF 2 kap. angivna rättigheterna gäller med vissa undantag endast gentemot det allmänna och inte förhållandet enskilda emellan³. Med uttrycket ”det allmänna” avses enligt förarbetena⁴ dels det allmännas verkställande organ – domstolar, regeringen, andra myndigheter och ibland också privaträttsligt organiserade subjekt då de handhar offentlig förvaltningsuppgift (jfr 11 kap. 6 § tredje stycket RF) – dels de normgivande organen, när dessa beslutar för enskilda betungande offentligrättsliga föreskrifter, däremot inte när de beslutar civilrättsliga normer.

I 2 kap. 9 § RF regleras rätten till domstolsprövning i anledning av frihetsberövande. Av bestämmelsen framgår att den som av annan myndighet än domstol har berövats sin frihet med anledning av brott, misstanke härom eller av någon annan anledning har

¹ Se t.ex. SOU 1975:75 s 183–184, Petrén & Ragnemalm, Sveriges grundlagar och tillhörande författningar med förklaringar, 12 uppl., 1980, s. 20, cit. Petrén & Ragnemalm.

² Elisabeth Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie 1994, s. 99, cit. Rynning, och prop. 1983/84:111 s. 25.

³ Nergelius, Konstitutionellt rättighetsskydd, 1996, s. 562, cit. Nergelius s. 562, Petrén & Ragnemalm, s. 41 och Holmberg & Stjernquist, Vår författning [reviderad av Isberg & Regner], 13 uppl., 2003, s. 70.

⁴ Prop. 1975/76:209 s. 86 och 140 f.

omhändertagits tvångsvis har rätt att få saken prövad av domstol utan oskäligt dröjsmål.

Av de i 2 kap. RF nämnda rättigheterna är för utredningens vidkommande i första hand bestämmelserna om de s.k. kroppsliga fri- och rättigheterna i 6 och 8 §§ av intresse.

I 2 kap. 23 § RF föreskrivs att lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av den Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen).

Enligt 11 kap. 6 § andra stycket RF får förvaltningsuppgift anförtros åt kommunen. Förvaltningsuppgift kan enligt bestämmelsens tredje stycke överlämnas till bolag, förening, samfällighet, stiftelse, registrerat trossamfund eller någon av dess organisatoriska delar eller till enskild individ. För det fall uppgiften innefattar myndighetsutövning måste överlämnandet ske med stöd av lag. När det gäller begreppet myndighetsutövning hänvisas till avsnitt 3.2.5.

3.2.2 Allmänt om bl.a. kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden

I 2 kap. 6 § RF ges varje medborgare gentemot det allmänna skydd mot bl.a. påtvingade kroppsliga ingrepp och kroppsvisitation.

Uttrycket kroppsligt ingrepp avser främst våld mot människokroppen. Hit räknas bl.a. kirurgiska ingrepp, vare sig de utförs i diagnostiskt, terapeutiskt, rent experimentellt eller annat syfte⁵. Till begreppet kroppsligt ingrepp hänförs också läkarundersökningar, smärre ingrepp som vaccinering och blodprovstagning samt liknande företeelser som brukar betecknas med ordet kroppsbesiktning⁶. Härunder torde också, i vart fall om de kan antas medföra påtagliga, invändiga eller utvändiga kroppsliga förändringar, kunna hänföras olika former av medicinering⁷. Under kategorin kroppsbesiktning faller även sjukvård i mera allmän bemärkelse⁸. Därmed torde avses diverse mindre ingripande omvårdnads- och behandlingsåtgärder⁹. Arbetsdomstolen har i en dom från 1984¹⁰

⁵ Rynning, s. 100 och Petrén & Ragnemalm, s. 54.

⁶ SOU 1975:75, bilaga 11, s. 356 och prop. 1975/76:209 s. 147.

⁷ Se Rynning, s. 100.

⁸ SOU 1975:75, bilaga 11, s. 356.

⁹ Rynning, s. 102.

¹⁰ AD 1984:84.

funnit att en psykiatrisk läkarundersökning får betraktas som ett sådant kroppsligt ingrepp som avses i 2 kap. 6 § RF.

För att ett kroppsligt ingrepp ska anses föreligga krävs att det ska vara fråga om ett faktiskt handlande. En ren underlåtenhet att vidta en åtgärd kan således inte betraktas som ett ingrepp¹¹.

För att det kroppsliga ingreppet ska omfattas av bestämmelsen krävs vidare att det ska vara fråga om ett ”påtvingat” ingrepp. Jag behandlar detta begrepp i avsnitt 3.2.3. Frågan om vad som kan anses utgöra tvång är beroende på vilka krav som kan uppställas för att ett samtycke ska anses föreligga. Denna fråga behandlar jag i avsnitt 3.2.4.

I 2 kap. 8 § RF regleras rätten att röra sig fritt. I lagrummet anförts därvid bl.a. att varje medborgare gentemot det allmänna är skyddad mot frihetsberövande.

Med frihetsberövande avses enligt förarbetena fall då någon är fängslad eller genom inspärning, övervakning eller dylikt är faktiskt förhindrad att förflytta sig utanför ett rum eller annat relativt starkt begränsat område¹².

Artiklarna 5 och 8 i Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna är av betydelse för tolkningen av vad som kan anses utgöra kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden.

Enligt 2 kap. 12 § första stycket RF får såväl skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp som frihetsberövanden begränsas genom lag.

3.2.3 Något om begreppet påtvingat

För att ett kroppsligt ingrepp ska omfattas av bestämmelsen i 2 kap. 6 § RF ska det som jag anført i föregående avsnitt vara fråga om ett ingrepp som är ”påtvingat”. Vad som ska förstås med detta begrepp framgår emellertid inte direkt av förarbetena. Uttrycket har dock blivit föremål för tolkning inom doktrinen i olika situationer. Av dessa tolkningar framgår att det råder olika uppfattningar om vad som ska anses innefattas i begreppet. Nedan lämnas en kortfattad redogörelse för vissa av de uttalanden som har gjorts.

Petrén & Ragnemalm (s. 54) har angående tolkningen av begreppet uttalat följande:

¹¹ Prop. 1975/76:209, s. 147.

¹² Prop. 1975/76:209, s. 52.

I den mån den berörde frivilligt lämnar sitt medgivande, är stadgandet icke tillämpligt. Ingreppet skall vara påtvingat, dvs. det allmänna skall disponera över maktmedel för att genomdriva åtgärden. Det kan härvid vara fråga om direkt våldsanvändning från en offentlig befattningshavares sida, t.ex. om en läkare medan patienten är under narkos företar ett operativt ingrepp med vilket patienten ej är införstådd. Ingreppet kan emellertid även vara ”påtvingat” i den meningen, att den enskildes motstånd brytes genom hot om någon sanktion.

Enligt Bertil Wennergren kan man ställa upp två tolkningar av begreppet påtvingat i 2 kap. 6 § RF¹³. Enligt den ena tolkningen ska med påtvingat kroppsligt ingrepp förstås ”varje kroppsligt ingrepp som sker utan samtycke – uttryckligt, tyst eller, eventuellt, hypotetiskt – från personen själv”. Enligt den andra tolkningen skulle med påtvingat kroppsligt ingrepp avses ingrepp som ”sker mot personens vilja, uttryckt skriftligen, muntligen eller genom åtbörder, uppträdande etc.” Wennergren anser att den andra tolkningen bör ges företräde och anför till stöd för denna ståndpunkt bl.a. följande.

Redan språkligt är det svårt att betrakta ett ingrepp som görs utan att personens samtycke inhämtas som påtvingat. Att handla egenmäktigt är ju inte liktydigt med att påtvinga något. En jämförelse med brottsbeskrivningen i 4:4 BrB av olaga tvång leder också till att ett ingrepp utan inhämtande av samtycke inte kan bedömas som ett påtvingat ingrepp. Olaga tvång är att genom misshandel eller eljest med våld eller genom hot om brottslig gärning tvinga annan att göra, tåla eller underlåta något. Ytterligare ett skäl är att grundlagen talar om påtvingat kroppsligt ingrepp ”även i annat fall än som avses i 4 och 5 §§” vilka paragrafer handlar om dödsstraff, kroppsstraff, tortyr och medicinsk påverkan, vilka ju alla typiskt sett utgör ingrepp beträffande vilka frågan om samtycke är irrelevant och som drabbar enskild mot hans vilja.

Elisabeth Rynning har i sin avhandling¹⁴ behandlat frågan om vad som kan avses med begreppet ”påtvingat”. Hon uppger därvid i huvudsak följande. Det kan inte uppställas något krav på att den enskildes motvilja mot ett ingrepp ska ha kommit till uttryck för att det ska kunna anses som påtvingat. Dock kan inte heller varje ingrepp som saknar samtycke anses innebära att det är fråga om tvång utan av avgörande betydelse för om ett ingrepp ska anses som påtvingat enligt 2 kap. 6 § RF är om den enskilde kan anses ha

¹³ Enskilds rättsskydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp, Om våra rättigheter, Antologi utgiven av Rättsfonden, 1980, s. 89.

¹⁴ Samtycke till medicinsk vård och behandling, 1994, s. 103–109.

nödsgats tåla det kroppsliga ingreppet. Tvånget kan därvid antingen vara *relativt*, och bestå i exempelvis påtryckningar i form av miss-handel, hot om våld och sanktioner av skiftande slag etc., eller *absolut*, vilket innefattar såväl fysiskt betvingande av motståndet som de fall då den enskilde har berövats möjligheten att ge uttryck för något motstånd eller sin motvilja mot ingreppet. Som exempel på när den senare situationen kan föreligga nämns bl.a. att en svårt sjuk person utsätts för åtgärder som han/hon inte är införstådd med och att en fullt kontaktbar person hålls ovetande om ett ingrepps karaktär eller faktiskt saknar kännedom om att ingreppet över huvud taget företas. För att ett ingrepp ska kunna betraktas som påtvingat krävs det härutöver också att det finns anledning att anta att den berörde skulle ha motsatt sig det planerade ingreppet om han/hon hade blivit tillfrågad och därvid åtminstone i grova drag varit införstådd med åtgärdens innebörd. Ett sådant antagande kan antingen vara av *objektiv* karaktär, dvs. grunda sig på en inställning som människor i allmänhet skulle ha i motsvarande situation, eller av *subjektiv* karaktär, baserad på kunskap om just den berörda individens personliga åsikter och förhållanden. Elisabeth Rynning benämner situationen som en sorts ”hypotetisk motvilja”. I de fall då det inte finns tillräckligt underlag för ett antagande om hypotetiskt samtycke eller hypotetisk motvilja är det emellertid mycket tveksamt om ingreppet, även om det inte heller kan anses som frivilligt, kan betecknas som påtvingat.

Vad angår de situationer då en person som inte är besluts-kompetent och som därför har en ställföreträdare ger uttryck för en inställning till ett ingrepp, anför Elisabeth Rynning vidare följande¹⁵.

Ytterligare en aspekt på begreppet påtvingat ingrepp ger frågan om vems inställning som är den avgörande i de fall där den enskilde inte kan anses kompetent att bestämma över sig själv och har en legal ställföreträdare. Kan ett ingrepp anses påtvingat om den på vilken ingreppet utförs motsätter sig det, men den legala ställföreträdaren ger sitt samtycke? Här måste svaret tveklöst bli ja! Oavsett den legala ställföreträdarens inställning utövas ju tvång mot den ingreppet avser. Ingreppet måste i detta fall anses påtvingat och fordrar därmed stöd i lag för att inte vara grundlagsstridigt. Hur förhåller det sig då i den motsatta situationen, där ställföreträdaren säger nej men personen själv går med på ingreppet? Här kan ingreppet knappast anses påtvingat, även om det naturligtvis ändå kan vara rättsstridigt. Detta fall är dock mera komplicerat, eftersom tillkomsten av den enskildes

¹⁵ A.a. sidan 110.

samtycke kan ha varit beroende av att hon/han inte har förstått ingreppets innebörd, omfattning och konsekvenser, dvs. just det förhållande som konstituerar den bristande förmågan att bestämma över sig själv i den aktuella frågan. Situationen företeer alltså viss likhet med den (- - -), där den enskilde hålls ovetande om ingreppets närmare innebörd. Borde därmed alla kroppsliga ingrepp som en patient trots utförlig information inte kan anses kompetent att själv samtycka till betraktas som påtvingade, även om vederbörande faktiskt lämnar ett samtycke, låt vara ett ur juridisk synvinkel bristfälligt sådant? Nej det verkar inte rimligt. Inte ens om den enskildes bristande personliga förmåga medvetet har utnyttjats och det framstår som uteslutet att en beslutskompetent person skulle ha lämnat sitt samtycke, bör ingreppet anses påtvingat. Situationen där en individ *själv saknar förmåga* att tillgodogöra sig erforderlig information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut kan inte jämföras med det fallet att den individ, på vilket ingreppet utförs, p.g.a. av *andra* personers agerande *inte ges tillfälle* att själv ta ställning.

I ett ärende hos Justitiekanslern gällande utvisning från Sverige¹⁶ behandlade JK – mot bakgrund av att det inför avresan hade förekommit smygmedicinering av vissa personer med lugnande medel i deras dryck – vad som kunde avses med påtvingat. JK uttalade följande.

Två tolkningar av begreppet ”påtvingat” är möjliga. En är att med påtvingat kroppsligt ingrepp skall förstås varje kroppsligt ingrepp som sker utan någon form av samtycke från personen ifråga. Den andra tolkningen är att med begreppet skall förstås endast kroppsligt ingrepp som sker mot personens uttryckliga vilja. För den senare tolkningen talar att det inte synes riktigt att påstå att ett ingrepp är påtvingat bara därför att något samtycke inte inhämtats. Ett egenmäktigt handlande behöver inte vara liktydigt med ett tvång. Det kan också sägas ligga i begreppet ”påtvingat” att ett motstånd av något slag måste brytas. Mot det anförda kan naturligtvis göras gällande att personen ifråga, på grund av att vederbörande överhuvudtaget inte känt till att drycken innehöll ett medicinskt preparat, aldrig varit i tillfälle att ta ställning till behandlingen och eventuellt motsätta sig denna.

Mot bakgrund av att ordet påtvinga i detta sammanhang inte kan ges en entydig och klar tolkning samt med beaktande av omständigheterna då medicineringen skedde – kvinnornas uttalade hot att begå självmord – och det förhållandet att de var tagna i förvar med det ansvar för den förvarstagnes person som åvilar myndigheten i fråga finner jag att formerna för medicineringen i detta fall bör kunna godtas.

¹⁶ Beslut den 29 april 1982, dnr 850-82-22, det s.k. Chileärendet.

Att smyga i upprörda människor lugnande medel, dvs. med list, utgör enligt bl.a. Wiweka Warnling-Nerep¹⁷ ett påtvingat kroppsligt ingrepp.

Som angivits i avsnitt 3.2.2 fann AD i en dom från 1984 att en psykiatrisk läkarundersökning får betraktas som ett kroppsligt ingrepp. Läkarundersökningarna i målet, som utgjordes av ett antal samtal, bedömdes också som påtvingade i regeringsformens mening. Målet gällde en bussförare hos SJ som, med stöd av interna föreskrifter, beordrades att genomgå läkarundersökningarna. När det gällde innebörden av begreppet påtvingat uttalade AD följande.

Något enkelt svar på frågan om vad som ligger i uttrycket påtvingad torde inte stå att finna. Det är emellertid obestridligt att ett kroppsligt ingrepp måste kunna anses påtvingat inte bara när fråga är om utövande av polisiärt eller därmed jämförligt våld eller hot om sådant våld. Det skydd för den enskilde som lagstiftaren har velat uppnå skulle inte föreligga, om ej även hot om andra sanktioner skulle omfattas av uttrycket påtvingat.

Enligt arbetsdomstolens mening måste läkarundersökningarna anses påtvingade (- - -) i och med att SJ utan något förbehåll beordrat honom till undersökningarna.

3.2.4 Något om begreppen tvång och samtycke

Av direktiven framgår att jag, om jag anser att bestämmelser om tvång eller tvångsliknande åtgärder bör införas beträffande den personkrets som mitt uppdrag omfattar, också ska lämna förslag på vilka åtgärder som ska kunna komma i fråga. För att kunna ta ställning till detta måste man först klarlägga var gränsen går för när en åtgärd som vidtas mot någon som inte har förmåga att lämna ett samtycke ska anses utgöra en tvångsåtgärd. Denna bedömning kompliceras av att en person, trots att han eller hon saknar beslutsförmåga, i det enskilda fallet faktiskt – uttryckligen eller underförstått – genom sitt agerande kan visa om åtgärden får vidtas eller inte.

Bedömningen kan därvid göras utifrån olika utgångspunkter. En sådan utgångspunkt kan vara att man anser att samtliga åtgärder som kan komma i fråga anses företagna med tvång eftersom den enskilde faktiskt saknar beslutsförmåga och därför inte i strikt

¹⁷ "Påtvingat kroppsligt ingrepp" [RF2.6] och JO:s Rättsvägledande funktion, Förvaltningsrättslig tidskrift 01/02 s. 33 f och där angivna hänvisningar, se även Nils Jareborg, Allmän Kriminalrätt, 2001, s. 299.

formellt juridiskt hänseende kan lämna ett giltigt samtycke. En annan utgångspunkt kan vara att man, trots att den berörde inte förstår vad saken gäller, faktiskt beaktar hur han eller hon ställer sig till/reagerar på en åtgärds genomförande. Det kan härvid t.ex. tänkas att det endast är fråga om tvång om den enskilde på ett aktivt sätt motsätter sig en åtgärd eller att tvång anses föreligga också om den enskilde förhåller sig passiv, dvs. varken ger uttryck för att han eller hon accepterar eller motsätter sig åtgärden. En fråga är också om det kan vara fråga om tvång i de fall den enskilde på något sätt visar att en åtgärd får vidtas. Det kan också tänkas att gränsen för vad som anses som tvång görs utifrån åtgärdens karaktär i sig, dvs. hur ingripande den anses vara. En kombination av dessa utgångspunkter är också möjlig. En sådan bedömning kan å ena sidan tänkas innebära att det vid en mindre ingripande åtgärd är fråga om tvång endast i de fall den enskilde aktivt motsätter sig åtgärden och å andra sidan att det vid en mer ingripande åtgärd inte krävs något motstånd utan att det är fråga om tvång även i de situationer där den enskilde förhåller sig passiv eller kanske t.o.m. förklarar att åtgärden får vidtas.

Även om de personer som vårt uppdrag omfattar inte har någon beslutsförmåga anser jag, mot bakgrund av att socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, liksom hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, bygger på frivillighet och således att den enskildes självbestämmande ska beaktas, att det inledningsvis innan frågan om tvång behandlas närmare finns skäl att redogöra för olika typer av samtycken.

3.2.4.1 Samtyckets beskaffenhet

Ett samtycke kan för det första vara *uttryckligt*. Med ett sådant samtycke avses att man aktivt antingen skriftligen eller muntligen eller genom t.ex. en jakande nick ger sitt samtycke till en viss åtgärd.

Ett samtycke kan också vara *konkludent*. Ett sådant samtycke består i att den enskilde agerar på ett sätt som underförstått visar att han/hon samtycker, t.ex. genom att underlätta åtgärdens genomförande. Ett konkludent samtycke tillhör kategorin *tysta samtycken*¹⁸.

¹⁸ Rynning, s. 321 f.

En annan typ av samtycke utgör det s.k. *presumerade samtycket*. Ett sådant samtycke bygger på att den som ska vidta en åtgärd förutsätter att den är förenlig med den enskildes vilja utan att samtycket har kommit till uttryck. Med ett s.k. *inre samtycke* avses situationer då den enskilde är fullt medveten om vad som planeras och faktiskt samtycker till åtgärden i fråga, men inte på något sätt låter detta samtycke komma till uttryck. Det går i denna situation endast att anta eller presumera att den enskilde samtycker. Ett sådant antagande måste bygga på att den berörde har informerats om den planerade åtgärden och då inte har gett uttryck för någon motvilja mot att den genomförs¹⁹.

En annan typ av samtycke är det *hypotetiska samtycket*. Detta beskrivs ibland som en särskild form av presumerat samtycke. Med ett hypotetiskt samtycke förstås att något samtycke faktiskt inte föreligger från den det gäller, men att han eller hon skulle ha samtyckt till åtgärden om tillfälle hade givits att ta ställning i frågan²⁰. Enligt Elisabeth Rynning kan ett hypotetiskt samtycke inte betraktas som en form av faktiskt existerande samtycke utan det bör snarare betraktas som en alternativ grund för medicinsk vård och behandling²¹. Det har i lagstiftningen på vård- och omsorgsområdet (SoL och HSL) inte heller klarlagts under vilka förhållanden ett hypotetiskt samtycke får användas²². Socialstyrelsen har i allmänna råd²³, vad gäller anbringande av larm på en åldersdement person som inte är rättskapabel och inte förstår vad saken gäller, berört frågan om hypotetiskt samtycke. Socialstyrelsen har därvid anfört att man i en sådan situation får bedöma om den enskilde skulle ha accepterat larmet om han eller hon kunnat lämna medgivande. Frågan om ett hypotetiskt samtyckes giltighet har blivit föremål för övervägande i samband med införandet 24 kap. 7 § brottsbalken. I denna del hänvisas till avsnitt 3.17.

3.2.4.2 Tvång

Tvång beskrivs i allmänt språkbruk (Norstedts) som ett utnyttjande av fysisk styrka eller maktställning för att förmå någon till visst önskvärt handlande.

¹⁹ Rynning s. 324 ff.

²⁰ Rynning, s. 325 och 385.

²¹ Rynning, s. 325.

²² Ds 2003:47 s. 128.

²³ SOSFS 1997:16.

Frågor om vad som kan anses utgöra tvång, tvångsåtgärder m.m. regleras inom ett flertal lagstiftningar (t.ex. brottsbalken, rättegångsbalken, LVU, LPT m.fl.).

I brottsbalkens fjärde kapitel regleras brott som utgör kränkning av den enskildes handlings- och rörelsefrihet. Där tas bl.a. upp brotten olaga frihetsberövande (2 §) och olaga tvång (4 §), vilka gärningar är av intresse vid en bedömning av vad som ska anses som tvång inom det område som mitt uppdrag omfattar. Jag lämnar därför här en kort redogörelse för vilka ageranden som anses kunna hänföras under lagrummen.

Enligt Nils Jareborg²⁴ krävs det för att det ska vara fråga om ett olaga frihetsberövande enligt 2 § att offret så gott som fullständigt förlorar sin rörelsefrihet genom att hindras från att förflytta sig från en viss plats. Ett sådant hindrande kan ske t.ex. genom att man spärrar in, för bort eller binder någon, ställer någon under bevakning eller undanskaffar nödvändiga framkomstmedel (t.ex. rullstol). Ett olaga frihetsberövande kan också begås genom underlåtenhet²⁵. Ett frihetsberövande kan vara kortvarigt. En rent tillfällig förlust av handlingsfriheten, t.ex. genom fasthållning, utgör dock inte ett frihetsberövande. Det kan i sådana fall i stället vara fråga om olaga tvång eller ofredande²⁶. Ett samtycke av den som berörs av frihetsberövandet gör enligt Jareborg handlandet i princip rättsenligt. En förutsättning härför är dock att den person som lämnar samtycket är kapabel att förstå vad frihetsberövandet innebär²⁷.

Med olaga tvång enligt 4 § avses att någon genom våld (misshandel eller eljest genom våld) eller hot om brottslig gärning tvingar någon att göra, tåla eller underlåta något. Som exempel på olika typer av tvång nämner Jareborg bl.a. att offret tvingas att bli buren, avklädd eller ej blott tillfälligt fasthållen²⁸. Tvånget kan enligt Jareborg vara antingen relativt – den tvungne ställs inför en valmöjlighet att göra eller underlåta något och följer gärningsmannens önskemål – eller absolut – den tvungne blir underkastad vissa händelser, nödgas att tåla något, utan att själv kunna agera²⁹. Våld mot person enligt ifrågavarande lagrum innefattar enligt Jareborg ”i princip varje fysisk kraftutveckling riktad mot en person

²⁴ Brotten I, 1984, s. 269, nedan benämnd Brotten I.

²⁵ A.a. s. 270 och Kommentaren till Brottsbalken s. 4:5.

²⁶ Brotten 1, s. 270.

²⁷ A.a. s. 271.

²⁸ A.a. s. 266.

²⁹ A.a. s. 266.

om den är tillräcklig för att övervinna ett motstånd av någon art”. Som våld mot person räknas även försättande i vanmakt³⁰.

Av intresse för vad som kan anses som tvång i sammanhanget är givetvis även regeringsformens bestämmelser (2 kap. 6 och 8 §§ RF) om att varje medborgare, i den mån undantag härifrån inte har föreskrivits i lag, är skyddad mot frihetsberövande och påtvingade kroppsliga ingrepp.

När det gäller det område som omfattas av mitt uppdrag har förmynderskapsutredningen i sitt betänkande³¹ lämnat förslag till lagstiftning om ställföreträdarens möjlighet att samtycka till åtgärder inom hälso- och sjukvården samt inom det sociala området beträffande personer som på grund av psykisk störning, sjukdom, skada eller annat liknande förhållande saknar beslutsförmåga (förslag till lag om ställföreträdare för vuxna med bristande beslutsförmåga inom hälso- och sjukvården m.m. och förslag till lag om ställföreträdare för vuxna med bristande beslutsförmåga inom den sociala välfärden). Förslaget är för närvarande föremål för beredning inom Regeringskansliet.

Enligt förmynderskapsutredningens förslag ska en ställföreträdare inte ha rätt att medge åtgärder som är förenade med frihetsberövande eller annat tvång eller att den enskilde genom vilseledande förleds att acceptera åtgärden. Utredningen har med hänsyn till den begränsning som föreslås vad gäller ställföreträdarens behörighet – även om det enligt vad som anförs i betänkandet inte ankommer på utredningen att definiera vad som ska anses som tvång och därmed jämförliga åtgärder och när samtycke ska krävas – gjort vissa överväganden gällande frågan om vad som bör anses som tvång i vård- och behandlingssituationer³². Utredningen kommer därvid fram till i huvudsak följande.

Tvångsbegreppet inom det ifrågavarande området bör ges en ”autonom” innebörd och inte utan vidare knyts till terminologin i 2 kap. regeringsformen. Tvång bör i första hand kunna definieras som någon form av kroppsligt betvingande eller hot om det. Det tvångsmässiga draget uppstår enligt utredningen emellertid redan om den enskilde på något sätt ger uttryck för att motsätta sig en viss åtgärd och detta även om motståndet inte tar sig fysiska former. Under tvång faller även frihetsberövande åtgärder.

³⁰ A.a. s. 267.

³¹ SOU 2004:112.

³² Se avsnitt N 8.12.8 och 10.3.8 ss. 624-627, 629-631, 728-734 samt ss. 1276 f och 1306 f författningskommentaren.

Till tvång bör även – åtminstone som en utgångspunkt – räknas olika former av begränsningar av den enskildes rent fysiska rörelseförmåga. Härmed åsyftas kroppsnära begränsningar av rörelsefriheten, främst genom låsning av kroppsrörelserna. Enligt utredningen kan emellertid sådana åtgärder klart ligga i den enskildes intresse t.ex. för att förhindra fall och andra skador eller för att aktivera den enskilde. Som exempel på sådana åtgärder nämns bl.a. brickbord, sänggrindar och bälten. Mot den bakgrunden finner utredningen att dessa ”skyddsåtgärder” under vissa, något svårangivna, förutsättningar får anses falla utanför tvångsbegreppet.

Med tvång bör också likställas s.k. smygmedicinering eller andra åtgärder som syftar till att den enskilde ska vilseledas att utan protest underkasta sig något.

En åtgärd – som inte är ett frihetsberövande eller en begränsning av den rent fysiska rörelseförmågan – bör, i de fall den enskilde inte ger uttryck för någon inställning och utan motstånd, verbalt eller fysiskt, låter en åtgärd genomföras, enligt förmynderskapsutredningen inte betecknas som en tvångsåtgärd. Avgörande för bedömningen blir här, enligt utredningen, i stället om den enskilde avböjer eller på annat sätt bjuder motstånd när åtgärden aktualiseras eller i anslutning till att den genomförs. Förmynderskapsutredningen betonar dock att försiktighet är påkallad när personal agerar utifrån sin uppfattning av den enskildes förhållningssätt, då personer med t.ex. demens ofta kan ha svårt att förstå åtgärdens syfte och då det under alla omständigheter också kan vara problematiskt att tolka den enskildes reaktioner eller protester.

Åtgärder som enligt förmynderskapsutredningen inte bör anses som en tvångsåtgärd ska en ställföreträdare, på den enskildes vägnar, kunna samtycka till, detta givetvis under den förutsättningen att den enskilde inte ger uttryck för att han eller hon motsätter sig åtgärden.

Mot bakgrund av de överväganden som förmynderskapsutredningen gör kommer man fram till bl.a. följande.

Det är alltid fråga om tvång (frihetsberövande) om någon låses in i sin bostad eller om sådana lås anbringas som den enskilde inte kan forcera. Detta gäller oavsett om det handlar om dörrar till den enskildes bostad eller ytterdörren till en boendeenhet. För denna bedömning saknar det också betydelse om den enskilde känner till att han eller hon har stängts inne eller över huvudtaget kan tänkas

vilja gå ut³³. Det är också, i vart fall som huvudregel, fråga om tvång, när det rör sig om åtgärder som begränsar den enskildes fysiska rörelseförmåga. Däremot utgör larm som anbringas på den enskilde, omvårdnadsåtgärder samt flyttning till ett särskilt boende, enligt förmyndarskapsutredningen, endast tvångsåtgärder i de situationer då den enskilde faktiskt motsätter sig åtgärden. Mot den bakgrunden är det i dessa situationer enligt utredningens bedömning möjligt för en ställföreträdare att ge sitt samtycke till att åtgärderna får genomföras.

Som framgår ovan har man i Danmark i den danska motsvarigheten till socialtjänstlagen – serviceloven – infört bestämmelser som reglerar frågan om användande av tvång när det gäller personer som har en betydligt och varaktigt nedsatt funktionsförmåga. I serviceloven anges att de tvångsåtgärder som under vissa förutsättningar kan komma att användas får tillgripas om den enskilde inte samtycker till åtgärden. Beträffande frågan om samtycke anges i bemaerkningarna till förslaget om aendring av lov om social service og lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (fremset den 17 mars 1999, lovforslag L 195), avsnitt 3.2.1. bl.a. följande.

Forslaget regulerer adgangen til at anvende foranstaltninger efter serviceloven overfor voksne i de situationer, hvor der ikke foreligger samtykke fra den person foranstaltningen retter sig mod. Der foreligger samtykke fra en betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsnevne, når personen ved en tilkendegivelse i ord eller handling klart viser, at han har forståelse for, at foranstaltningen ivaerksaettes og medvirker hertil.

Lovforslaget regulerer de situationer, hvor disse betingelser ikke er opfyldt, dvs. hvis der foreligger passivitet eller hvis den pågældende modsætter sig anvendelsen af foranstaltningen. Allerede dette at pågældende forholder sig passivt betyder, at de særlige betingelser for ivaerksaettelse af de enkelte indgreb skal være opfyldt.

Enligt den danska lagstiftningen går gränsen för när en åtgärd ska ses som en tvångsåtgärd således vid passivitet från den enskildes sida. I sammanhanget ska framhållas (se avsnitt 2.1) att det beträffande de flesta av de tillåtliga tvångsåtgärderna som huvudregel, om den enskilde på ett aktivt sätt motsätter sig åtgärden, krävs att den sociala nämnden godkänner kommunens (amtskommunens) beslut om att tillgripa en tvångsåtgärd, innan beslutet får verkställas. För

³³ Tor Sverne, Nedsatt beslutsförmåga, Vem bestämmer för patienten, 1998, s. 87 och där angivna JO-avgöranden.

det fall den enskilde förhåller sig passiv krävs däremot inte något godkännande. Särskilda regler gäller för flyttning till ett särskilt boende. Enligt dessa bestämmelser ankommer det alltid på den sociala nämnden att – efter hemställan från kommunen (amtskommunen) – besluta i saken.

I den norska socialtjenesteloven finns bestämmelser om rätt att använda tvång beträffande personer med utvecklingsstörning i kapitel 4A. Som tvång härvidlag betecknas åtgärder som den enskilde motsätter sig eller åtgärder som är så ingripande att de oavsett motstånd ska räknas som tvång (§ 4A-2 andra stycket). I bestämmelsen anges särskilt att användande av ingripande ”varslingssystemer med tekniske innretninger” alltid ska anses som en tvångsåtgärd. Däremot anses enligt samma lagrum ”Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art” inte som en tvångsåtgärd.

3.2.5 Något om myndighetsutövning

I 11 kap. 6 § tredje stycket RF föreskrivs att förvaltningsuppgift, som innefattar myndighetsutövning, inte får överlämnas till enskilda rättssubjekt utan stöd av lag.

Beträffande innebörden av begreppet myndighetsutövning hänvisas i förarbetena till regeringsformen till de uttalanden som gjordes i denna fråga vid tillkomsten av den äldre förvaltningslagen (1971:290). Enligt denna lag avsågs med myndighetsutövning ”utövning av befogenhet att för enskild bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinär bestraffning, avskedande eller annat jämförbart förhållande”. Med uttrycket ”annat jämförbart förhållande” avsågs att klagöra att även ärenden som inte kunde sägas röra förmån, rättighet, skyldighet, disciplinär bestraffning eller avskedande kunde hänföras till myndighetsutövningens område, om det i något hänseende gällde ett offentlighetsrättsligt ingrepp i enskilds rättsställning³⁴. I den nu gällande förvaltningslagen (1986:223) definieras inte begreppet myndighetsutövning. I sak har dock begreppet i den nya förvaltningslagen samma innebörd³⁵.

Bestämmelserna i bl.a. 3 och 18 §§ HSL och 2 kap. 5 § SoL (tidigare 4 § i 1980 års socialtjänstlag) om att det krävs lagstöd för att

³⁴ Prop. 1971:30 s. 330 f.

³⁵ Prop. 1985/86:80 s. 55.

kommun eller landsting ska få sluta avtal med annan om att utföra de uppgifter som kommunen/landstinget enligt respektive lagar ansvarar för infördes 1993. I förarbetena till bestämmelserna uttalades bl.a. att det inom specialreglerad kommunal verksamhet ibland kan vara svårt att skilja mellan vad som är att anse som myndighetsutövning och vad som är serviceverksamhet. Vidare anfördes att uttryckets närmare innebörd ytterst fastställs genom rättspraxis³⁶.

Vad gällde hälso- och sjukvården uttalades att det var uppenbart att vissa åtgärder inom t.ex. tvångspsykiatri innefattade myndighetsutövning. Beträffande hälso- och sjukvården i övrigt anfördes att själva vårduppgifterna och de beslut som sker utifrån enbart medicinska indikationer mera sällan torde vara att anse som myndighetsutövning³⁷. I propositionen³⁸ framförde regeringen vidare – med hänsyn till bl.a. att landstingens huvudmannaskapsansvar för hälso- och sjukvården i och för sig inte innebär en skyldighet för landstingen att själva bedriva denna verksamhet – att huvuddelen av den dåvarande sjukvården borde kunna läggas ut på entreprenad.

JO har i ett beslut den 4 april 2001³⁹ tagit upp frågan om anlitan av privata rättssubjekt som utredare inom socialtjänsten. JO framhåller i sitt beslut att det sedan länge rått oklarhet om vad som avses med begreppen myndighetsutövning och förvaltningsuppgift och att även innebörden av begreppet överlämna i olika sammanhang har diskuterats. JO anför också att en särskild komplikation är att begreppet myndighetsutövning förekommer i flera lagar och att begreppets innebörd kan vara olika beroende på syftet med respektive författning. JO anför i beslutet såvitt avser begreppet myndighetsutövning bl.a. följande.

Utmärkande för all myndighetsutövning är att det rör sig om beslut eller andra åtgärder som ytterst är ett uttryck för samhällets maktbefogenheter i förhållande till medborgarna. Myndighetsutövning kan förekomma både i form av missgynnande beslut, t.ex. förbud, föreläggande eller liknande, och gynnande beslut, t.ex. tillstånd att bedriva viss verksamhet. Karakteristiskt är emellertid att den enskilde befinner sig i ett slags beroendeförhållande. Är det fråga om ett missgynnande beslut måste den enskilde rätta sig efter beslutet, eftersom denne annars riskerar att tvångsmedel av något slag används mot honom. Rör

³⁶ Prop. 1992/93:43 om Ökad konkurrens i kommunal verksamhet s. 7.

³⁷ A. prop. s. 22, se även prop. 2004/05:89 avsnitt 4.3.

³⁸ Prop. 1992/93:43 s. 23.

³⁹ JO 2001/02 s. 252.

det sig om ett gynnande beslut, kommer beroendeförhållandet till uttryck på så sätt att den enskilde måste vända sig till myndigheten för att få t.ex. en viss förman och att myndighetens tillämpning av de föreskrifter som gäller på området får avgörande betydelse för honom. För att myndighetsutövning skall föreligga krävs även att myndigheten grundar sin befogenhet att bestämma om ett visst förhållande på en författning eller något annat beslut av regeringen eller riksdagen.

Endast ärenden som mynnar ut i bindande beslut omfattas av begreppet myndighetsutövning. Ärenden som uteslutande avser lämnande av råd eller andra oförbindande besked innefattar inte myndighetsutövning. Inte heller är det fråga om myndighetsutövning när en myndighet avger ett yttrande till en annan myndighet.

I beslutet framhåller JO också att utövandet av offentlig makt är kringgärdat av regler som syftar till att klarlägga det allmännas befogenheter gentemot enskilda och skapa garantier för en rätts-säker handläggning av ärenden. Om en uppgift handhas av ett privaträttsligt subjekt i stället för en myndighet kan detta medföra att dessa grundläggande regler sätts ur spel. Det är enligt vad JO anför i beslutet mot den bakgrunden som man ska se 11 kap. 6 § tredje stycket RF där det anges att det fordras stöd i lag för överlämnande av en förvaltningsuppgift som innefattar myndighetsutövning till ett privaträttsligt organ eller en fysisk person.

I beslutet kommer JO vidare fram till att bestämmelsen i 11 kap. 6 § tredje stycket RF inte kan ges annan innebörd än att stadgandet tar sikte på hela handläggningen av ett ärende och att beredningen av och beslutet i ärendet således i princip måste anses utgöra oskiljaktiga delar av en och samma förvaltningsuppgift. Detta innebär enligt JO att om ett ärende (förvaltningsuppgiften) innefattar myndighetsutövning hos socialnämnden kan nämnden enligt 11 kap. 6 § tredje stycket RF inte överlämna handläggningen av det till ett privaträttsligt subjekt om det inte finns något sådant lagstöd. Mot bakgrund av att något sådant lagstöd inte finns inom socialtjänsten konstaterar JO att det därför inte är möjligt för kommunen att överlämna sådana utredningsuppdrag som var aktuella i ärendet till ett bolag eller annat privaträttsligt subjekt och att detta även gäller om kommunen i och för sig behåller huvudansvaret för att uppgiften utförs. Kommunen har däremot enligt JO möjlighet att anlita uppdragstagare som är fysiska personer och som knyts till myndigheten på ett sådant sätt att de kan anses delta i dess verksamhet eftersom en sådan uppdragstagare förutsätts stå under myndighetens arbetsledning och utföra arbetsuppgifter som normalt ankommer på en anställd.

I departementspromemorian Läkare i allmän tjänst⁴⁰ har framförts att regeringens tolkning av begreppet myndighetsutövning i den ovan angivna propositionen om Ökad konkurrens i kommunal verksamhet i vart fall i belysning av olika uttalanden inom rättsvetenskapen får ses som snäv⁴¹. I promemorian⁴² framhålls vidare att idag, drygt 10 år senare, kan sägas att osäkerheten om rättsläget består och att frånvaron av särskilda lagregler som stödjer möjligheten att överlämna uppgifter som åtminstone kan sägas befinna sig i gränslandet till myndighetsutövning tyder på att man i lagstiftningssammanhang alltjämt gör en ganska snäv tolkning av begreppet. Vidare anförs att mot detta står uttalanden i den rättsvetenskapliga litteraturen samt uttalanden av JO när det gäller motsvarande regler inom socialtjänsten som tyder på en vidare tolkning.

I propositionen, Behörigheten för läkare i enskild verksamhet⁴³ sägs att det osäkra rättsläget givetvis är otillfredsställande med hänsyn till den snabba utveckling som har pågått under senare år inom vården och omsorgen mot konkurrensutsättning och överlämnande av landstingens och kommunernas uppgifter i privata händer. Regeringen konstaterar i sammanhanget också att flera remissinstanser, bl.a. JO och Socialstyrelsen, har bekräftat att det är svårt att just på dessa områden dra klara gränser mellan myndighetsutövning och annan verksamhet och att det därför bl.a. kan vara vanskligt att avgöra vilka förvaltningsuppgifter som kan överlämnas till privaträttsliga subjekt utan lagstöd. Regeringen uttalar härefter att den avser att följa utvecklingen i frågan och ta de initiativ som denna kan ge anledning till.

Begreppet myndighetsutövning har också behandlats i Socialtjänstkommitténs huvudbetänkande Ny socialtjänstlag⁴⁴. Jag hänvisar i denna del till vad som anförs i betänkandet.

3.3 Förvaltningslagen

Förvaltningslagen (1986:223) innehåller grundläggande bestämmelser om hur förvaltningsmyndigheter i stat och kommun ska handlägga sina ärenden och sköta kontakterna med allmänheten. I

⁴⁰ Ds 2003:30.

⁴¹ Jfr Jan Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, sjätte upplagan, 2000, s. 130.

⁴² S. 125 f.

⁴³ Prop. 2004/05:89 s. 19.

⁴⁴ SOU 1994:139.

många fall finns det bestämmelser i andra lagar som kompletterar förvaltningslagen. Sådana bestämmelser finns t.ex. i socialtjänstlagen. Förvaltningslagen är, utom i ett avseende, subsidiär i förhållande till andra lagar och förordningar. Detta innebär att i de fall en annan lag eller förordning innehåller en bestämmelse som avviker från förvaltningslagen, det är den bestämmelsen som gäller (3 § FL).

Av 3 § andra stycket FL, som trädde ikraft den 1 juli 2006, framgår att bestämmelserna om överklagande i förvaltningslagen alltid ska tillämpas om det behövs för att tillgodose rätten till domstolsprövning av civila rättigheter eller skyldigheter enligt artikel 6.1 i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. I detta avseende är förvaltningslagen således inte längre subsidiär i förhållande till andra lagar och förordningar. Samtidigt med att 3 § andra stycket infördes upphävdes tredje stycket i 22 a § FL.

Enligt 7 § FL ska varje ärende där någon enskild är part handläggas så enkelt, snabbt och billigt som möjligt utan att säkerheten eftersätts.

Av 14 § framgår att en sökande, klagande eller annan part i ett ärende avseende myndighetsutövning mot en enskild, om det kan ske med hänsyn till arbetets behöriga gång, ska få tillfälle att lämna uppgifter muntligt om han vill det. Uppgifter som en myndighet får på annat sätt än genom en handling och som kan ha betydelse för utgången i ett ärende ska antecknas av myndigheten, om ärendet avser myndighetsutövning mot någon enskild. Av 16 § framgår att en part, med de begränsningar som följer av 14 kap. 5 § sekretesslagen (1980:100), har rätt att ta del av det som har tillförts ett ärende, om detta avser myndighetsutövning mot någon enskild. Enligt 17 § får ett ärende som avser myndighetsutövning mot en enskild som huvudregel inte avgöras utan att en part har under rättats om en uppgift som har tillförts ärendet genom någon annan än honom själv och han har fått tillfälle att yttra sig över den.

Ett beslut av en myndighet i ett ärende som avser myndighetsutövning mot någon enskild ska enligt 20 § som huvudregel innehålla skälen för beslutet. Undantag härifrån kan dock göras bl.a. om beslutet inte går någon part emot eller om det av någon annan anledning är uppenbart obehövt eller om ärendet är så brådskande att det inte finns tid att utforma skälen. Av 21 § framgår vidare att en part i ett sådant ärende också som huvudregel ska underrättas om innehållet i beslutet. Om beslutet går parten emot

och det kan överklagas ska han underrättas om hur han kan överklaga det.

I lagen finns även bestämmelser om bl.a. vem som får överklaga (22 §), var beslut överklagas och om prövningstillstånd (22 a §), hur beslut överklagas (23-25 §§), omprövning av beslut (27-28 §§) och inhibition (29 §) samt vissa begränsningar i lagens tillämpningsområde (31-33 §§).

Av 31 § FL framgår att 13-30 §§ i lagen inte gäller i sådana ärenden hos myndigheter i kommuner och landsting där besluten kan överklagas genom laglighetsprövning enligt 10 kap. kommunalagen (1991:900). Av 33 § FL framgår dock att 14-30 §§ i lagen gäller ärenden i första instans som avser hälso- och sjukvård om myndighetens beslut kan överklagas på annat sätt än genom laglighetsprövning. Undantaget syftar på överklagande som kan ske med stöd av bestämmelser i specialförfattning. Sådana bestämmelser finns t.ex. i lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård.

3.4 Socialtjänstlagen

3.4.1 Allmänt

Den nu gällande socialtjänstlagen (2001:453), SoL, trädde i kraft den 1 januari 2002. Den ersatte 1980 års socialtjänstlag. Socialtjänstlagen är i stora delar en ramlag, även om den också innehåller rättighetsregler, där den enskildes rättssäkerhet tryggas genom möjligheter att överklaga beslut till domstol⁴⁵.

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område (2 kap. 1 § SoL). Kommunen har också yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär dock inte någon inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän (2 kap. 2 § SoL).

Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs enligt 2 kap. 4 § SoL av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns enligt andra stycket i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård och omsorgsområdet. En redogörelse för den lagens innehåll lämnas i avsnitt 3.15.

Kommunen får enligt 2 kap. 5 § SoL sluta avtal med annan om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Med annan

⁴⁵ Prop. 2000/01:80 s. 85.

dvs., entreprenören, avses bolag, förening, samfällighet, stiftelse, enskild individ eller annan kommun⁴⁶. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas till ett privaträttsligt subjekt.

Rådgivande och kurativa funktioner inom socialtjänsten innefattar inte myndighetsutövning och kan således läggas ut på entreprenad⁴⁷. Beträffande begreppet myndighetsutövning hänvisar jag till avsnitt 3.2.5.

I 1 kap. 1 § SoL, den s.k. portalparagrafen, anges de övergripande målen och de grundläggande värderingarna för samhällets socialtjänst – demokrati, jämlikhet, solidaritet och trygghet. I lagrummets tredje stycke anges att socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet. Kontroll- och tvångsåtgärder hör således inte hemma i socialtjänsten⁴⁸.

Till socialnämndens uppgifter hör bl.a. att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden och att svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd, vård och ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det (3 kap. 1 § SoL). Socialnämnden ska i den uppsökande verksamheten upplysa om socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp (3 kap. 4 § SoL). När det gäller socialnämndens skyldighet att utreda om någon kan vara i behov av stöd eller hjälp från socialtjänsten hänvisas till avsnitt 3.4.5.2.

Den uppsökande verksamheten ska utformas så att den personliga integriteten inte äventyras. Hänsynen härtill kan medföra att socialtjänsten – om inte grund för tvångsingripande föreligger – får avstå från att lämna hjälp om den enskilde avböjer ett sådant erbjudande. Det kan dock tänkas uppstå sådana nödsituationer där socialtjänsten tvingas ingripa utan stöd av någon formell tvångslagstiftning. En allmän förutsättning för detta är att det föreligger en sådan situation som svarar mot brottsbalkens bestämmelser om nödrätt⁴⁹.

I 3 kap. 5 § första stycket SoL anges att socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhälls-

⁴⁶ Prop. 1992/93:43 s. 21.

⁴⁷ A. prop. s. 22.

⁴⁸ Carl Norström och Anders Thunved, Nya sociallagarna, 19:e upplagan, 2006, s. 32, cit. Norström/Thunved.

⁴⁹ Norström/Thunved, s. 60.

organ och med organisationer och andra föreningar. Bestämmelsen, som är av grundläggande betydelse för socialtjänstens arbete, innebär att varken nämnden eller socialarbetarna får vidta insatser över huvudet på klienterna⁵⁰.

Enligt 3 kap. 6 § ska socialnämnden genom olika insatser verka för att den enskilde ska kunna bo hemma och ha kontakt med andra. Bl.a. föreskrivs att det ankommer på nämnden att anordna dagverksamhet och hemtjänst.

Insatser inom socialtjänsten ska enligt 3 kap. 3 § SoL vara av god kvalitet. God kvalitet i omsorg och vård av de äldre förutsätter att den enskilde och/eller dennes företrädare ges ett verkligt inflytande över insatsernas utformning och att dessa planeras och genomförs i en förtroendefull samverkan med den enskilde och/eller dennes företrädare⁵¹. I bestämmelsens andra stycke föreskrivs att det för fullgörandet av socialtjänstens uppgifter ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skäligen levnadsnivå och biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv (4 kap. 1 §).

Med begreppet livsföring i övrigt avses alla de olika behov som den enskilde kan ha för att tillförsäkras en skäligen levnadsnivå och som inte omfattas av försörjningsstödet, såsom bl.a. bistånd till läkarvård eller tandvård, hemtjänst och särskilt boende för äldre och funktionshindrade⁵².

3.4.2 Särskilda bestämmelser för äldre människor

I 5 kap. 4–6 §§ SoL finns vissa särskilda bestämmelser som gäller för äldre människor. Av 4 § framgår att socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Det första ledet i bestämmelsen markerar den grundläggande inriktningen att äldre människor ska ges förutsättningar att bo kvar

⁵⁰ Norstöm/Thunved, s. 61.

⁵¹ Prop. 1996/97:124, s. 53 f.

⁵² Prop. 2000/01:80 s. 92.

i sitt hem så långt det är möjligt. Detta bör enligt regeringen vara utgångspunkten även i de fall den enskilde har ett omfattande behov av tillsyn, omvårdnad och vård. Det andra ledet i bestämmelsen lyfter fram vikten av att socialtjänsten i sitt arbete med äldre beaktar deras självbestämmande⁵³. Regeringen betonar vidare att det, särskilt i situationer när människor är mer eller mindre beroende av andras hjälp för att klara den dagliga livsföringen och djupt personliga behov av hjälp med t.ex. personlig hygien, är viktigt att alltid ha respekten för självbestämmande och integritet för ögonen⁵⁴.

Enligt 5 § första stycket ska socialnämnden verka för att äldre människor får goda bostäder och ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. I bestämmelsens andra stycke har kommunerna ålagts en skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd. Sådana boendeformer kan utgöras av ålderdomshem och andra bostäder med särskild service (servicehus) men också av gruppboende för äldre samt de sjukhem eller motsvarande som fördes över till kommunerna genom lagen (1990:1402) om övertagandet av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar⁵⁵.

Genom den s.k. Ädelreformen från 1991 har den sociala och medicinska kompetensen integrerats i de särskilda boendeformerna. Kommunernas sjukvårdsansvar framgår av 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

3.4.3 Bestämmelser för människor med funktionshinder

I 5 kap. 7-8 §§ SoL finns vissa särskilda bestämmelser gällande personer med funktionshinder.

Socialnämnden ska enligt 5 kap. 7 § första stycket SoL verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Vidare ska nämnden enligt bestämmelsens andra stycke bl.a. medverka till att den enskilde får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Det åligger också kommunen att inrätta bostäder med

⁵³ Prop. 1996/97:124, s. 89, 121 f.

⁵⁴ A. prop., s. 122.

⁵⁵ Norström/Thunved, s. 105 och 111.

särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter som avses i första stycket behöver ett sådant boende (tredje stycket samma lagrum). Kommunernas sjukvårdsansvar för de personer som berörs av bestämmelsen framgår, liksom vad gäller äldre människor, av 18 § HSL.

Ett funktionshinder är enligt Världshälsoorganisationens (WHO) definition den begränsning eller det hinder som gör att en människa till följd av en skada inte kan utföra en aktivitet på det sätt eller inom de gränser som kan anses som normalt. Funktionshinder är i sig självt inte ett handikapp, men kan bli det om den miljö eller den situation som den funktionshindrade befinner sig i är sådan att tillvaron försvåras⁵⁶.

3.4.4 Enskild verksamhet

Ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ får enligt 7 kap. 1 § första stycket SoL inte utan tillstånd av länsstyrelsen yrkesmässigt bedriva verksamhet i form av sådana boenden som motsvarar dem som avses i 5 kap. 5 § andra stycket och 5 kap. 7 § tredje stycket SoL.

Ett undantag från kravet på tillstånd finns i bestämmelsens tredje stycke. Undantaget avser entreprenadverksamhet enligt 2 kap. 5 § SoL. Grunden för undantaget är att kommunen i sitt entreprenadavtal eller vid sin upphandling eller vid sin beställning av tjänster kan försäkra sig om att insatserna uppfyller de krav som ställs enligt SoL⁵⁷. En kommun har också med stöd av 3 kap. 19 § kommunallagen (1991:900) möjlighet att, om kommunal verksamhet lämnas ut på entreprenad, följa upp och kontrollera verksamheten.

Verksamhet för vilken tillstånd krävs enligt 7 kap. 1 § första stycket SoL står enligt 13 kap. 5 § samma lag under löpande tillsyn av socialnämnden i den kommun där verksamheten bedrivs. För att kunna fullgöra den uppgiften har kommunen rätt att inspektera verksamheten samt inhämta de upplysningar och ta del av de handlingar som behövs för tillsynen. När det gäller länsstyrelsens tillsynsansvar hänvisas till avsnitt 3.7.2.

⁵⁶ Jfr Norström/Thunved s. 115.

⁵⁷ Norström/Thunved, s. 149.

3.4.5 Bestämmelser av betydelse för handläggningen av socialtjänstären

3.4.5.1 Inledning

Bestämmelser om handläggning och dokumentation inom socialtjänsten finns framför allt i 11 kap. SoL. Där regleras bl.a. utredningsskyldigheten (1 §), dokumentationsskyldigheten och dess utformning (5–6 §§), företräde inför nämnden (9 §) och delgivning (12 §). Av 7 och 8 §§ framgår att förvaltningslagens bestämmelser om t.ex. en parts rätt att meddela sig muntligen, en parts rätt att få del av uppgifter och motivering av samt underrättelse om beslut ska tillämpas vid handläggning av ärenden hos socialnämnden. Även i 10 kap. SoL finns bestämmelser av betydelse för nämndens ärendehandläggning. Där finns bl.a. regler om delegation (4–6 §§). Därutöver finns i andra författningar bestämmelser om handläggning som gäller vissa särskilda ärenden och mål inom socialtjänstens område, t.ex. enligt LVU och LVM. Utöver nu nämnda författningar finns också bestämmelser om handläggningen av ärenden i förvaltningslagen (1986:223).

Socialnämndens utredningsskyldighet behandlas under avsnitt 3.4.5.2 dokumentationsskyldigheten under avsnitt 3.4.5.3 och bestämmelserna om delegation i avsnitt 3.4.5.4. Förvaltningslagen – som bl.a. innehåller de grundläggande bestämmelserna om hur förvaltningsmyndigheterna ska handlägga sina ärenden – behandlas kortfattat under avsnitt 3.3.

3.4.5.2 Inledande av utredning

I 11 kap. 1 § första stycket SoL föreskrivs att socialnämnden ska inleda utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Nämnden har således i bestämmelsen ålagts en utredningsskyldighet beträffande sådant som hör till dess verksamhet. Blir det känt att någon kan vara i behov av stöd och hjälp, är socialnämnden också skyldig att utreda hur behovet ska kunna avhjälpas. Utredningsskyldigheten är förenad med ett skyndsamhetskrav. Av 11 kap. 8 § SoL följer att socialnämnden ska tillämpa vissa bestämmelser i förvaltningslagen i ärenden som avser myndighetsutövning.

Med utredning avses all den verksamhet som syftar till att göra det möjligt för nämnden att fatta ett beslut⁵⁸. 11 kap. 1 § SoL tar inte endast sikte på sådan verksamhet som regleras i SoL, utan även ärenden rörande åtgärder som regleras i annan lagstiftning, t.ex. LVU, LVM eller Föräldrabalken (FB)⁵⁹. En inledd utredning bör avslutas när och om det blir klarlagt att någon åtgärd inte är påkallad i det enskilda fallet⁶⁰.

Innan en utredning överhuvudtaget sätts igång, bör dock en bedömning göras av om de sakförhållanden som har påkallat utredningen kan föranleda någon åtgärd från nämnden (s.k. förhandsbedömning). En utredning bör alltså inte inledas om det redan från början står klart att nämnden inte kan eller bör vidta några åtgärder⁶¹. Att kontakt tas med den som saken rör innebär inte att en utredning har inletts. Om nämnden däremot t.ex. gör ett hembesök för att se om ett barn far illa eller inhämtar uppgifter från någon utomstående, t.ex. en annan myndighet, så anses en utredning inledd⁶². Ett ställningstagande vid en förhandsbedömning av om en utredning ska respektive inte ska inledas ska dokumenteras (3 kap. 1–2 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS⁶³).

I förarbetena till 11 kap. 1 § SoL⁶⁴ sägs att om den enskilde avvisar den erbjudna hjälpen, så kan nämnden som regel inte vidta någon ytterligare åtgärd. Undantag härifrån måste dock göras i de fall då nämnden oberoende av den enskildes samtycke kan vara skyldig att handla, t.ex. enligt LVU⁶⁵. Vad gällde handlingsreglerna anförde det föredragande statsrådet bl.a. följande⁶⁶.

Om en enskild själv söker nämndens bistånd, bör uppgifter till grund för beslutet hämtas främst från honom själv. Uppgifter från utomstående – enskild eller myndighet – bör primärt inte få inhämtas om inte sökanden själv har gått med på det. Sökanden bör innan han ger sitt tillstånd informeras om vilka uppgiftskällor nämnden anser sig böra höra. Särskild försiktighet bör iakttas när uppgifter inhämtas från enskilda, även om sökanden har gett sitt tillstånd till åtgärden. Påkallas nämndens bistånd av någon annan än den hjälpbehövande själv, måste

⁵⁸ Prop. 1979/80:1 del A s. 562.

⁵⁹ Norström Thunved s. 181.

⁶⁰ Prop. 1979/80:1 del A s. 562.

⁶¹ A. prop. s. 562 och JO 1995/96 s. 312.

⁶² JO 2000/01 s. 285 och JO 1999/2000 s. 238.

⁶³ SOSFS 2006:5.

⁶⁴ dåvarande 50 § i socialtjänstlagen [1980:620].

⁶⁵ Prop. 1979/80:1 del A s. 562.

⁶⁶ A. prop. s. 400 f.

den första utredningsåtgärden som regel bli att kontakta den som har uppgetts behöva hjälp eller i förekommande fall legal ställföreträdare. Vad nämnden då kan göra är att erbjuda stöd och hjälp. Avvisar den hjälpbehövande erbjudandet, kan någon ytterligare åtgärd som regel inte vidtas av nämnden. Undantag måste dock göras för de fall den enskilde på grund av brister i mognaden eller i sinnesfunktionerna inte inser sitt eget bästa. Detta är fallet när det inte kan uteslutas att den enskilde är i behov av vård oberoende av sitt samtycke enligt den lagstiftning som reglerar detta. Här måste nämnden inom ramen för sitt yttersta ansvar ha skyldighet att agera utan den enskildes tillstånd för att få nödvändig vård till stånd. Ett annat undantag är när nämndens skyldighet att agera eller bistå med utredning har föreskrivits i lag eller annan författning. I dessa fall får den enskildes samtycke till utredningsåtgärderna begränsad betydelse. För nämndens handlande gäller dock i samma mån som i andra fall att utredningen bör bedrivas med stor hänsyn till den enskildes intresse av integritet och utan att kravet på saklighet och opartiskhet eftersätts.

För situationer i vilka den enskilde själv har sökt hjälp gäller att utredningen ska begränsas till att avse omständigheter som har betydelse för behovsbedömningen. Ofta räcker det med ett samtal till sökanden, men ibland kan nämnden behöva vända sig till andra myndigheter för att få reda på vilka hjälpinsatser som vidtagits. Det kan också finnas anledning att samordna insatserna med någon annan myndighet. Samråd med en annan myndighet bör som regel inte ske utan klientens samtycke. Behöver nämnden under utredningen kontakta arbetsgivare eller annan enskild person förutsätter det att det görs i samförstånd med klienten⁶⁷.

När det gäller den uppsökande verksamheten ska nämnden vända sig till den saken rör, upplysa om vad som har blivit känt och föreslå stöd- och hjälpinsatser. Utredning bör i sådana fall endast inledas i samförstånd med den enskilde, såvida det inte är fråga om sociala nödsituationer⁶⁸.

3.4.5.3 Dokumentation

I 11 kap. 5 § SoL finns den grundläggande bestämmelsen om dokumentationsskyldigheten. I bestämmelsens första stycke anges att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Vidare anges att dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder

⁶⁷ A. prop. s. 398 f.

⁶⁸ A. prop. s. 399.

som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Med handläggning av ärenden avses alla åtgärder från det att ett ärende anhängiggörs till dess att det avslutas genom beslut⁶⁹.

Dokumentationsskyldigheten gäller inte endast för socialnämnden utan även för enskilt bedriven socialtjänst som står under länsstyrelsens tillsyn (7 kap. 3 § SoL).

3.4.5.4 Delegation inom kommunen

Socialnämndens möjlighet att delegera beslutanderätt följer av 6 kap. 33–38 §§ kommunallagen (1991:900), KL. Dessa bestämmelser kompletteras genom särskilda bestämmelser i annan lagstiftning, t.ex. 10 kap. 4–6 §§ socialtjänstlagen.

Enligt 6 kap. 33 § KL får en nämnd uppdra åt ett utskott, åt en ledamot eller ersättare eller åt en anställd hos kommunen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. Delegation får emellertid inte ske i de fall som anges i 6 kap. 34 §. Under samma förutsättningar får en gemensam nämnd uppdra åt en anställd i någon av de samverkande kommunerna att besluta på nämndens vägnar. Beslut som har fattats med stöd av 33 § ska anmälas till nämnden på det sätt som nämnden har bestämt (6 kap. 35 §).

Av 6 kap. 34 § framgår att beslutanderätten bl.a. inte får delegeras i ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt och vissa ärenden som anges i särskilda föreskrifter.

I 6 kap. 37 § finns en begränsad möjlighet till vidaredelegering. I bestämmelsen sägs att nämnden, om beslutanderätten har delegerats till förvaltningschef med stöd av 33 §, kan ge förvaltningschefen rätt att vidaredelegera sin beslutanderätt till annan anställd. Ett beslut som har fattats med stöd av vidaredelegering ska anmälas till förvaltningschefen.

I ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas får nämnden uppdra åt ordföranden eller annan ledamot som nämnden har utsett att besluta på nämndens vägnar. Ett sådant beslut ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde (6 kap. 36 §).

Särskilda bestämmelser (10 kap. 4–5 §§) gällande delegering har införts i socialtjänstlagen, detta beroende på att vissa av social-

⁶⁹ Prop., 1996/97:124 s. 181.

nämndens beslut är mycket integritetskänsliga för den enskilde. I dessa lagrum föreskrivs att vissa särskilt angivna beslut i ärenden som är en uppgift för nämnden endast får delegeras till en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden. Denna begränsning gäller bl.a. vissa beslut enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Bland de beslut som räknas upp där delegationsrätten vad angår LVU är begränsad nämns t.ex. beslut om att till länsrätten ansöka om vård (4 §) och beslut om omedelbart omhändertagande (6 §).

Bestämmelser om rätt att i vissa fall besluta i socialnämndens ställe finns enligt 10 kap. 6 § SoL i LVU och lagen (1988:870) om vård av missbrukare (LVM). Paragrafen syftar på s.k. ordförandebeslut. Av 6 § LVU framgår att nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat får fatta beslut om omedelbart omhändertagande i de fall nämndens beslut inte kan avvaktas.

3.4.6 Anmälan till överförmyndaren

Socialnämnden är enligt 5 kap. 3 § socialtjänstförordningen (2001:937) skyldig att till överförmyndaren anmäla om den finner att god man eller förvaltare behöver förordnas för någon eller om någon inte längre bör ha förvaltare.

Förmyndarskapsutredningen föreslår i sitt betänkande⁷⁰ att regleringen i 5 kap. 3 § socialtjänstförordningen ska flyttas till socialtjänstlagen och där införas i en ny bestämmelse⁷¹. I betänkandet föreslås även att innehållet i den nuvarande bestämmelsen ska kompletteras med en föreskrift om att socialnämnden ska underätta överförmyndaren om att en förordnad förmyndare, god man eller förvaltare inte utför sitt uppdrag på ett tillfredsställande sätt.

3.5 Tvångslagstiftning inom socialtjänsten

Socialtjänstlagen innehåller inte några bestämmelser som ger nämnden möjlighet att använda någon form av tvång. Bestämmelser som ger socialnämnden en sådan befogenhet regleras särskilt i annan lagstiftning.

⁷⁰ S. 167 f samt s. 1343 f.

⁷¹ 11 kap. 1 a §.

Av 1 kap. 3 § SoL framgår att bestämmelser som ger möjlighet att använda tvång finns beträffande missbrukare i LVM och beträffande unga personer i LVU.

Enligt dessa lagar får vård – under de särskilda förutsättningar som uppställs i respektive lag – ske utan samtycke. Det är länsrätten som – efter ansökan från socialnämnden – i första instans beslutar om vård ska få ske med stöd av dessa lagstiftningar. Socialnämnden har dock möjlighet att besluta att den berörde ska omhändertas omedelbart i avvaktan på att saken kan avgöras slutligt av länsrätten. Ett sådant beslut underställs länsrätten automatiskt utan överklagande och det ankommer på länsrätten att inom en viss bestämd tid ta ställning till om beslutet ska fastställas eller inte.

Vård enligt LVU är inte tidsbegränsad, men vården upphör, beroende på om grunden för denna är den unges hemförhållanden eller hans eller hennes eget beteende, senast när den unge fyller 18 eller 21 år (21 §). Det är socialnämnden som beslutar när vård enligt LVU ska upphöra. Det åligger socialnämnden att – även detta beroende på vilken grund tvångsvården har beslutats – minst en gång var sjätte månad antingen överväga eller ompröva om vården fortfarande behövs (13 §).

Vård enligt LVM får inte pågå under längre tid än sex månader. Beslut om att vård enligt LVM ska upphöra fattas av Statens institutionsstyrelse, efter samråd med socialnämnden (25–26 §§).

När det gäller handläggningen av ärenden och mål enligt lagarna föreskrivs uttryckligen att handläggningen ska ske skyndsamt. För det fall den berörde är omedelbart omhändertagen innehåller såväl LVU som LVM bestämmelser om inom vilken tid länsrätten normalt ska ta upp en ansökan om vård till avgörande. Vidare finns bestämmelser om bl.a. muntlig förhandling, offentligt biträde, om överklagande och polishandräckning.

3.6 Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

3.6.1 Allmänt

Den 1 januari 1994 trädde en ny rättighetslag för personer med svåra handikapp i kraft, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Lagen ersatte lagen (1985:568) om

särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. (omsorgslagen) och lagen (1965:136) om elevhem för vissa rörelsehindrade barn m.fl. (elevhemslagen).

LSS innehåller enligt 1 § bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer som omfattas av den s.k. personkretsen. I personkretsen, som indelas i tre punkter, ingår personer

1. med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller
3. med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service.

Med utvecklingsstörning avses en intellektuell funktionsnedsättning som beroende på grad och miljö utgör ett handikapp. Den sammanhänger med en under individens utvecklingsperiod inträffad brist eller skada som i många fall är så betydande att personen behöver stöd och hjälp i sin livsföring genom olika insatser för att kunna delta i samhällslivet. Med utvecklingsperioden avses i allmänhet åren före 16 års ålder. Orsaken till bristen eller skadan saknar betydelse⁷². Autism eller autismliknande tillstånd utgör sådana djupgående störningar i fråga om social förmåga, kommunikation och beteende som medför allvarligt funktionshinder i fråga om psykosocial och/eller pedagogisk anpassning. Störningarna debuterar under barndomen, oftast men inte alltid före 3 års ålder⁷³.

Andra punkten beskriver vilka personer som erhållit ett begåvningshandikapp i vuxen ålder och som omfattas av lagen. Det är fråga om personer som efter utvecklingsåren har fått en hjärnskada och till följd härav ett betydande och begåvningsmässigt funktionshinder. Utlösande faktorer skall vara sjukdomar av kroppslig art – tumörer, hjärnblödning, inflammationer osv. – eller skador som har föranletts av yttre våld, t.ex. trafikskador. Däremot avses inte personer med olika psykiska sjukdomstillstånd, som också kan medföra begåvningshandikapp, t.ex. demenser, och inte heller

⁷² Prop. 1992/93:159, bilaga 1, s. 167.

⁷³ A. prop. s. 167.

personer med sjukdomar som är en följd av missbruk av beroendeframkallande medel. Dessa personer kan endast omfattas av lagen om de uppfyller kriterierna i tredje punkten⁷⁴. Kammarrätten i Stockholm har i två domar den 11 februari 2004 och den 19 oktober 2006 slagit fast att en person som lider av Alzheimerssjukdom tillhör personkrets 2 enligt 1 § LSS⁷⁵. Domen den 16 oktober 2006 har överklagats till Regeringsrätten.

Under bestämmelsen tredje punkt faller barn, ungdomar och vuxna med långvariga habiliterings- och rehabiliteringsbehov. Det gäller personer som på grund av funktionshinder har ett i flera avseenden likartat behov som de som omfattas av första och andra punkterna. Med funktionshinder menas den begränsning eller det hinder som gör att en människa till följd av skada eller sjukdom inte kan utföra en aktivitet på det sätt eller inom de gränser som kan anses normalt. Orsaken till eller arten av funktionshinder är inte avgörande, och inte heller den medicinska diagnosen. Under punkten hör t.ex. människor med uttalade förlamningar eller svårartade och invalidiserande effekter av sjukdomar som diabetes eller hjärt- och lungsjukdomar samt människor med grava syn- och hörselskador. Även psykiska störningar kan förorsaka betydande svårigheter i den dagliga livsföringen. Personer med långvariga psykiska störningar/psykisk sjukdom där symtomen leder till nedsättningar i de psykiska och sociala funktionerna kan uppfylla kriterierna i punkten. Funktionshindren ska vara allvarliga och varaktiga. För att en person ska omfattas krävs också att det är uppenbart att funktionshindret inte beror på normalt åldrande. Senildemens är ett funktionshinder av geriatrisk karaktär som inte är helt oväntat beträffande en åldrad människa⁷⁶.

I 4 § LSS anges att lagen inte innebär någon inskränkning i de rättigheter som den enskilde kan ha enligt mera generellt verkande lagar, framför allt socialtjänstlagen. Det övergripande målet med verksamheten är enligt 5 § LSS att främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som anges ovan.

Verksamheten ska enligt 6 § första stycket LSS vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet och den enskilde skall i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges. Stöd ska således ges och

⁷⁴ A. prop. s. 167 f

⁷⁵ Mål nr 6164-2002 och mål nr 1051-05.

⁷⁶ Prop. 1992/93:159, bilaga 1, s. 168 ff.

utformas i samverkan med den berörde, och såvitt gäller underåriga, med vårdnadshavare⁷⁷.

Personer som anges i 1 § LSS har enligt 7 § första stycket LSS rätt till insatser i form av särskilt stöd och service enligt 9 § 1-9, om de behöver sådan hjälp i sin livsföring och om deras behov inte tillgodoses på annat sätt. Personer som anges i 1 § 1 och 2 LSS har, under samma förutsättningar, även rätt till insatser enligt 9 § 10. Den enskilde ska enligt andra stycket genom insatserna tillförsäkras goda levnadsvillkor. De ska anpassas till mottagarens individuella behov samt utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv.

Insatser enligt LSS ska enligt 8 § ges den enskilde endast om han begär det. Om den enskilde är under 15 år eller uppenbart saknar förmåga att på egen hand ta ställning i frågan kan vårdnadshavare, god man, förmyndare eller förvaltare begära insatser för honom. Enligt förarbetena⁷⁸ utgör bestämmelsen närmast ett påpekande om att lagen saknar tvångsbestämmelser.

I 15 § sjätte punkten LSS anges att det åligger kommunen att anmäla till överförmyndaren dels när en person som omfattas av 1 § kan antas behöva förmyndare, förvaltare eller god man, dels när ett förmynderskap, förvaltarskap eller godmanskap bör kunna upphöra.

3.6.2 Insatser enligt LSS

Insatserna för särskilt stöd och service är

1. rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder,
2. biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, till den del behovet av stöd inte täcks av beviljade assistansstimmar enligt lagen (1993:389) om assistansersättning,
3. ledsagarservice,
4. biträde av kontaktperson,
5. avlösarservice i hemmet,
6. korttidsvistelse utanför det egna hemmet,

⁷⁷ Prop. 1992/93:159, bilaga 1, s. 171.

⁷⁸ Prop. 1992/93:159, bilaga 1, s. 173.

7. korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov,
8. boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet,
9. bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna,
10. daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig.

I insatserna enligt 9 § 5–8 och 10 samt i insatsen bostad med särskild service för vuxna ingår också omvårdnad. I begreppet omvårdnad ligger en skyldighet att stödja och hjälpa funktionshindrade med dagliga personliga behov som de kan ha svårigheter att klara själva, såsom t.ex. att sköta hygien, att äta, att klä sig samt att gå och förflytta sig. I ansvaret för omvårdnaden ligger också att hjälpa den enskilde så att han kan få den hälso- och sjukvård, tandvård samt de hjälpmedel han behöver⁷⁹.

För daglig verksamhet, korttidshem samt gruppboendestäder ska det finnas en person med lämplig utbildning som förestår verksamheten samt den personal som i övrigt behövs för en ändamålsenlig verksamhet (3 § förordningen [1993:1090] om stöd och service till vissa funktionshindrade).

3.6.3 Huvudmän

Enligt 2 § LSS är det, – i den mån något annat inte har avtalats enligt 17 § LSS – landstingen som är huvudmän för insatsen rådgivning och annat personligt stöd och kommunerna som är huvudmän för övriga insatser.

Enligt 17 § första stycket LSS ges landstinget eller kommunen möjlighet att med bibehållet ansvar sluta avtal med någon annan (enskild, stiftelse, företag, annan kommun etc.) att tillhandahålla insatser enligt lagen. Med tillhandahålla avses själva utförandet av stödet eller servicen. Ansvaret för verksamheten ligger således i ett sådant fall kvar hos kommunen eller landstinget. Myndighetsutövning, såsom t.ex. beslut om insatser, kan inte överlåtas⁸⁰.

I bestämmelsens andra stycke ges en möjlighet att ändra huvudmannskapet på så sätt att ansvaret för en uppgift enligt LSS genom

⁷⁹ Carl Norström och Anders Thunved, *Nya sociallagarna*, 19 uppl., 2006, s. 405.

⁸⁰ Prop. 1992/93:159, bilaga 1, s. 186, Norström/Thunved, s. 412.

avtal kan flyttas över från landsting till kommun som ingår i landstinget och tvärtom.

När det gäller begreppet myndighetsutövning hänvisas till avsnitt 3.2.5.

3.6.4 Enskild verksamhet

En enskild person får enligt 23 § LSS inte utan tillstånd av länsstyrelsen yrkesmässigt bedriva sådan verksamhet som avses i 9 § 6–10 LSS. Med enskild person avses även juridisk person⁸¹. JO har i ett beslut⁸² funnit att det – i det fall då en kommun, såvitt avser en bostad med särskild service för vuxna enligt LSS, själv står för bostäder och gemensamma lokaler, men överlämnar driften i övrigt till ett privaträttsligt subjekt – krävs tillstånd av länsstyrelsen för det privaträttsliga subjektet. Länsstyrelsen har enligt bestämmelsen också rätt att inspektera verksamheten.

Av lagrummets andra stycke framgår det att också den kommun där verksamheten är belägen har ett tillsynsansvar och en inspektionsrätt. Det åligger också en kommun enligt 11 § förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade att till länsstyrelsen anmäla allvarliga missförhållanden i enskild verksamhet som den får kännedom om.

3.6.5 Handläggning och dokumentation

LSS innehåller inte några särskilda bestämmelser om handläggning. Detta medför att det är förvaltningslagens bestämmelser som ska tillämpas vid handläggning av ärenden enligt LSS. Däremot finns sedan den 1 juli 2005 i lagen bestämmelser om dokumentation (21 a § och 23 a §). Som framgår av 23 a § LSS gäller dokumentationsskyldigheten också i tillämpliga delar för enskild verksamhet. Reglerna motsvarar bestämmelserna i 11 kap. 5 § och 7 kap. 3 § SoL.

⁸¹ Prop. 1992/93:159, bilaga 1, s. 188.

⁸² JO 2001/02 s. 308.

3.7 Tillsynen över socialtjänsten och LSS

3.7.1 Allmänt

Socialstyrelsen har enligt 13 kap. 1 § SoL den centrala tillsynen över socialtjänsten i landet och utfärdar till ledning för tillämpningen av socialtjänstlagen allmänna råd. Socialstyrelsen har enligt 25 § LSS även den centrala tillsynen över verksamhet enligt LSS.

Länsstyrelsen ansvarar för tillsynen enligt 35 lagar⁸³. Bland de viktigaste lagarna i tillsynen hör tillsynen enligt socialtjänstlagen och LSS (13 kap. 2 § SoL och 26 § LSS).

Utöver denna tillsyn finns i socialtjänstlagen och även, sedan den 1 juli 2005 i LSS, bestämmelser som ålägger den som verkar inom omsorgen om äldre eller personer med funktionshinder att anmäla missförhållanden (14 kap. 2 § SoL och 24 a § LSS). Denna skyldighet gäller också inom motsvarande bedriven enskild verksamhet.

Som tidigare angivits under avsnitt 3.4.4 och 3.6.4 står enskilt bedriven verksamhet som kräver länsstyrelsens tillstånd under löpande tillsyn av den nämnd i den kommun där verksamheten bedrivs.

3.7.2 Länsstyrelsens tillsynsansvar

Tillsynen enligt socialtjänstlagen

I länsstyrelsens tillsyn över den socialtjänst som kommunerna inom länet svarar för ingår enligt 13 kap. 2 § SoL bl.a. att

- följa socialnämndernas tillämpning av socialtjänstlagen
- verka för att kommunerna planerar för att kunna tillgodose framtida behov av bistånd i form av hemtjänst samt sådant boende som avses i 5 kap. 5 § andra stycket (särskilt boende för äldre) och 5 kap. 7 § tredje stycket (boende med särskild service för funktionshindrade och
- även i övrigt se till att socialnämnderna fullgör sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt.

13 kap. 3 § SoL innehåller föreskrifter om den tillsyn över enskilt bedriven verksamhet som ankommer på länsstyrelsen. Tillsynen omfattar enligt bestämmelsen

⁸³ SOU 2002:14, s. 31.

1. verksamhet för vilken det krävs tillstånd enligt 7 kap. 1 § första stycket (bl.a. hem för vård eller boende [s.k. HVB-hem], särskilda boenden för äldre och boenden med särskild service för funktionshindrade samt dagverksamhet),
2. verksamhet som kommunen genom avtal enligt 2 kap. 5 § har överlämnat till enskild att utföra (entreprenadverksamhet),
3. annan enskild verksamhet än sådan som omfattas av 1-2 och som kommunen upphandlar tjänster från för att fullgöra skyldigheter enligt denna lag.

För att kunna genomföra tillsynen har länsstyrelsen enligt 13 kap. 4 § SoL rätt att inspektera verksamhet som står under dess tillsyn och att inhämta de upplysningar samt ta del av de handlingar som behövs för tillsynen.

Om det förekommer något missförhållande i ett HVB-hem (dock inte ett HVB-hem som Statens institutionsstyrelse svarar för), i enskild verksamhet som står under länsstyrelsens tillsyn, i hemtjänst eller i ett kommunalt särskilt boende för äldre eller ett boende med särskild service för funktionshindrade, får länsstyrelsen förelägga den som svarar för verksamheten att avhjälpa missförhållandet. Om missförhållandet är allvarligt eller om föreläggandet inte följs, kan länsstyrelsen enligt 13 kap. 6 § SoL förbjuda fortsatt verksamhet.

Tillsynen enligt LSS

Länsstyrelsens tillsynsuppgifter enligt LSS är mer begränsad än tillsynen enligt socialtjänstlagen. Bl.a. ingår inte att följa tillämpningen av lagen. Enligt 26 § LSS har länsstyrelsen inom länet tillsyn över verksamhet enligt lagen och får inspektera verksamheten. Länsstyrelsen ska också inom länet

1. informera och ge råd till allmänheten i frågor som rör verksamheten,
2. ge kommunerna råd i deras verksamhet,
3. verka för att kommunerna och landstingen planerar för att tillgodose framtida stöd- och servicebehov, samt
4. främja samverkan i planering mellan kommunerna, landstingen och andra samhällsorgan.

Länsstyrelsens funktioner enligt punkterna 1-4 definieras inte som tillsyn, vilket är fallet i socialtjänstlagen. I förarbetena till LSS⁸⁴ anges emellertid att det inte finns något skäl till att reducera tillsynen i förhållande till vad som gäller i fråga om socialtjänsten.

Om det råder något allvarligt missförhållande inom enskild tillståndspliktig verksamhet som avser insatser enligt 9 § första stycket 6–10 LSS, ska länsstyrelsen enligt 24 § LSS förelägga den som bedriver verksamheten att avhjälpa missförhållandet. Om föreläggandet inte följs, får länsstyrelsen återkalla tillståndet.

3.8 Anmälan om missförhållanden (Lex Sarah)

I 14 kap. 2 § SoL anges att var och en som är verksam i omsorger om äldre och funktionshindrade, såväl i offentligt som yrkesmässigt enskild bedriven verksamhet, är skyldig att vaka över att enskilda får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden. I bestämmelsen åläggs den som uppmärksammar eller får kännedom om allvarliga brister eller missförhållanden i vården eller omsorgen att genast göra en anmälan om missförhållandena till socialnämnden eller, om det gäller motsvarande yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet, till den som är ansvarig för verksamheten. Anmälningsskyldigheten gäller såväl yrkesarbete som frivilligt verkssamma. Anmälningsskyldigheten gäller vidare (sedan den 1 juli 2005) också den som handlägger ärenden enligt socialtjänstlagen. Avhjälps inte missförhållandet utan dröjsmål ankommer det på socialnämnden/den för verksamheten ansvarige att anmäla saken till tillsynsmyndigheten.

Den ifrågavarande bestämmelsen infördes 1999 sedan allvarliga brister hade uppdagats inom äldreomsorgen. Bestämmelsen kallas Lex Sarah efter den sköterska som år 1997 i medierna berättade om vanvård av de boende på sin arbetsplats. Av förarbetena⁸⁵ framgår att syftet med bestämmelsen i första hand är att komma tillrätta med missförhållanden. Bl.a. anfördes följande.

De brister som på senare tid uppdagats inom äldreomsorgen inger stark oro. Många äldre är för sin existens helt beroende av att få erforderligt stöd och omvårdnad från socialtjänsten. Det gäller särskilt de allra äldsta och de äldre som i förtid drabbats av sjukdom och funktionshinder. Samtidigt har dessa äldre ofta svårt att bevaka sina intres-

⁸⁴ Prop. 1992/93:159, bilaga 1, s. 106 f.

⁸⁵ Prop. 1997/98:113, s. 85.

sen. Det kan bero på fysisk eller psykisk svaghet, men också på att de är rädda för att stöta sig med socialtjänsten. De äldre som saknar nära anhöriga med inblick i vården är härvid särskilt utsatta.

En paragraf (se 24 a §) med motsvarande innehåll infördes i LSS den 1 juli 2005. Av den bestämmelsen framgår att anmälningskyldigheten omfattar den som fullgör uppgifter samt handlägger ärenden enligt lagen. Av bestämmelsen framgår vidare att anmälningskyldigheten också omfattar den som handlägger ärenden enligt lagen (1993:389) om assistansersättning.

Anmälningskyldigheten enligt nämnda bestämmelse innebär som framgår ovan, en skyldighet att anmäla missförhållandet till den verksamhetsansvarige. Det är dock möjligt att göra en anmälan till tillsynsmyndigheten i det fall den verksamhetsansvarige inte fullföljer sina åligganden enligt bestämmelsen eller om det finns skäl att tro att så skulle vara fallet. Sekretessen utgör inte hinder för en sådan anmälan direkt till tillsynsmyndigheten⁸⁶.

3.9 Äldreskyddsombud

Regeringen beslutade i februari 2003⁸⁷ att förstärka den operativa verksamhetstillsynen över vården och omsorgen enligt socialtjänstlagen. 50 miljoner kronor avsattes till länsstyrelserna och Socialstyrelsen för att anställa äldreskyddsombud vid länsstyrelserna samt för att öka antalet tillsynsinsatser och utveckla tillsynen av insatser i äldreomsorgen vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. Målet med äldreskyddsombudens tillsyn är att brister och missförhållanden inom äldreomsorgen ska rättas till samt att kommuner och enskild verksamhet ges stöd att utveckla en vård och omsorg av god kvalitet.

Tillsynen omfattar bl.a. hemtjänst i ordinärt boende, dels olika former av särskilt boende, dagverksamheter och andra verksamheter där äldre vistas. Tillsynen ska bedrivas utifrån ett medborgarperspektiv, vilket bl.a. betyder att det är den enskildes behov, rättigheter, säkerhet och självbestämmande enligt gällande lagstiftning som i första hand ska uppmärksammas i tillsynen.

⁸⁶ Prop. 1997/98:113, s. 88, Norström/Thunved s. 227.

⁸⁷ Dnr 2003/1497/ST.

3.10 Lagstiftning inom hälso- och sjukvården

3.10.1 Allmänt

Den övergripande lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område utgörs av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS. Hit kan också räknas patientjournalagen (1985:562). Lagstiftningarna gäller, även om HSL huvudsakligen inriktar sig på den vård som bedrivs inom landsting och kommuner, såväl den offentliga som den privata sjukvården.

I HSL anges de övergripande målen för hälso- och sjukvården och vilka krav som kan ställas på vården. I lagen finns även särskilda bestämmelser som reglerar landstingens respektive kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården samt organisationen m.m. av denna vård. HSL gäller även för tvångsvården. HSL innehåller emellertid inte några bestämmelser om tvång inom hälso- och sjukvården. Bestämmelser om detta finns bl.a. i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

LYHS reglerar yrkesverksamheten på hälso- och sjukvårdens område. Lagen innehåller bl.a. bestämmelser om skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal inom såväl privat som offentlig vård, Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården, frågor om disciplinpåföljd och återkallande av legitimation m.m., samt Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds verksamhet. LYHS trädde i kraft 1999. Lagen ersatte då bl.a. lagen (1993:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården (åliggandelagen), lagen (1993:954) om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område (disciplinpåföljdslagen) och lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården (tillsynslagen).

Patientjournalagen innehåller bl.a. bestämmelser om innehåll, utformning och hantering av journalhandling samt offentlighet och sekretess. När det gäller vård enligt LPT och LRV finns i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård kompletterande bestämmelser om vad en journal, utöver vad som följer av patientjournalagen, ska innehålla för en patient som genomgår sådan vård.

3.10.2 Hälso- och sjukvårdslagen

Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 § HSL åtgärder för att medicinera, förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvård hör även omvårdnad⁸⁸. Bestämmelser om tandvård finns i tandvårdslagen (1985:125).

Målen för hälso- och sjukvården är enligt 2 § HSL en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

I 2 a § HSL, som beskriver vårdgivarens skyldigheter, anges att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Med god vård avses att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Enligt andra stycket ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (2 e §).

Enligt 2 b § HSL, som har sin motsvarighet i 2 kap. 2 § LYHS, ska patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälso-tillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället lämnas till en närstående till patienten. Information får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om det föreligger hinder för detta enligt 7 kap. 3 § eller 6 § sekretesslagen (1980:100) eller enligt 2 kap. 8 § andra stycket eller 9 § första stycket LYHS.

I 28–30 §§ HSL finns bestämmelser om ledningen av hälso- och sjukvård. Bestämmelserna är gemensamma för all hälso- och sjukvård och gäller således inom såväl offentligt som enskilt bedriven verksamhet. I bestämmelserna uppställs krav på att det ska finnas någon som ansvarar för verksamheten, en ”verksamhetschef”, och att ledningen ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. För den kommunala hälso- och sjukvården föreskrivs

⁸⁸ Jan Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, 6 uppl., 2000, nedan kallad Sahlin och SOU 1995:5, s. 20.

också ett krav på att det ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (24 §).

Utöver nämnda krav på verksamhetschef och medicinskt ansvarig sjuksköterska anges i 27 § att det för en patient – om det anses behövt med hänsyn till patientsäkerheten – ska utses en patientansvarig legitimerad läkare. Även denna bestämmelse gäller för all hälso- och sjukvård.

Ansvar för att organisera ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten ligger i varje landsting hos hälso- och sjukvårdsnämnden eller motsvarande (10 §). För kommunernas hälso- och sjukvård ligger ansvaret hos den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer (22 §). I en kommun som inte ingår i ett landsting⁸⁹ utövas ledningen av den hälso- och sjukvård som avses i 18 § första och andra styckena i enlighet med 10 §.

Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd för kommuner och landsting finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet (10 § och 22 §). En redogörelse för den lagens innehåll lämnas i avsnitt 3.15.

När det gäller den privata vården ger den associationsrättsliga regleringen besked om vem som bär ansvaret för hur verksamheten organiseras. Om vårdverksamheten bedrivs i exempelvis aktiefbolagsform ansvarar bolagets styrelse⁹⁰.

Bestämmelserna i HSL bygger på principen att huvudmännen för hälso- och sjukvården ska vara fria att organisera och bedriva verksamheten efter lokala förutsättningar och på det sätt som de själva anser vara bäst för att uppfylla kraven i lagen och för att sträva mot de mål för verksamheten som där ställs upp⁹¹.

3.10.3 Självbestämmande och information

Flera av formuleringarna i 2 a § HSL är inspirerade av och direkt hämtade från 5 § i den tidigare gällande tillsynslagen från 1980 (lagen [1980:11] om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.).

Genom tillkomsten av 1980 års tillsynslag och HSL infördes för första gången ett lagstadgat krav bl.a. på att vård och behandling så

⁸⁹ Numera endast Gotlands kommun.

⁹⁰ Prop. 1995/96:176, s. 56–57.

⁹¹ Prop. 1995/96:176, s. 56.

långt möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten samt att patienten ska visas omsorg och respekt⁹².

Av förarbetsuttalanden till 5 § i tillsynslagen framgår att detta i princip innebär att det fordras samtycke från patienten till all vård och behandling, vilket också var något som redan tidigare hade ansetts gälla enligt praxis⁹³.

I förarbetena till HSL framhöll det föredragande statsrådet att det var angeläget att det i HSL infördes en bestämmelse om att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Hon påpekade i samband därmed att vården enligt den då gällande sjukvårdslagen var frivillig, men att alla inte uppfattade det på det sättet⁹⁴. Hon betonade också att det var viktigt att patienten var medveten om att han eller hon själv kunde bestämma om vård över huvud taget skulle ges och uttalade därvid att en patient i princip har en obegränsad rätt att avstå från behandling och kan kräva att en åtgärd omedelbart avbryts eller aldrig vidtas⁹⁵.

I propositionen⁹⁶ hänvisades också till förbudet mot påtvingat kroppsligt ingrepp i 2 kap. 6 § RF. Därvid anfördes bl.a. följande.

Om en patient är medvetlös eller omtöcknad eller av annan orsak är ur stånd att ge ett rättsligt giltigt tillstånd till en behandling, som bedöms vara nödvändig med hänsyn till hans hälsotillstånd, kan givetvis denna genomföras ändå. Självfallet kan här uppstå svåra gränsdragningsproblem, t.ex. om patienten är allvarligt psykiskt sjuk och vägrar underkasta sig somatisk behandling som inte har samband med hans psykiska sjukdom. Dessa komplicerade problem kan emellertid inte lösas genom bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen.

Bestämmelsen i 2 b § omfattar all information som förmedlas till patienter i hälso- och sjukvården oavsett vilken typ av insatser det är fråga om eller vilken personkategori som förmedlar informationen. Bestämmelsen har, som tidigare angivits, sin motsvarighet i 2 kap. 2 § LYHS. I författningskommentaren till den sistnämnda bestämmelsen, som anger hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet gentemot patienterna, anfördes bl.a. följande⁹⁷.

⁹² Elisabeth Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie, 1994, s. 19.

⁹³ Prop. 1978/79:220 s. 43–44, och Rynning s. 19.

⁹⁴ Prop. 1981/82:97, s. 58.

⁹⁵ A.a. s. 50 och 118.

⁹⁶ A.a. s. 118.

⁹⁷ Prop. 1998/99:4, s. 49 f.

Skyldigheten att informera patienten är ett ansvar för all hälso- och sjukvårdspersonal men ankommer i första hand på den som har det direkta ansvaret för den vårdsituation informationen avser.

Kravet på att informationen skall vara individuellt avpassad innebär att läkaren, eller annan hälso- och sjukvårdspersonal, aktivt måste sätta sig in i den enskilda patientens situation så att information och dialog kan ske utifrån just den patientens förutsättningar och behov. Omständigheter som måste beaktas är patientens ålder, mognad och erfarenhet, eventuell funktionsnedsättning samt kulturell och språklig bakgrund. I detta ligger också att informationen skall ges på ett hänsynsfullt sätt av den behandlingsansvariga personalen, som också måste förvissa sig om att patienten har förstått innehållet i och innebörden av den information som har lämnats. En patient kan till följd av sjukdom eller skada ha försämrade förutsättningar att redogöra för sitt tillstånd och att motta information. Utgångspunkten bör emellertid vara att patienten oberoende av eget deltagande önskar så innehållsrik information som möjligt. En klart uttalad ovilja att motta information måste dock i allmänhet respekteras om inte annat sägs i annan lagstiftning. Vad informationen konkret skall innehålla får bedömas från fall till fall. Detta innebär att det inte blir möjligt att lämna informationen rutinmässigt eller enligt mall.

Den information patienten enligt lagrummet har rätt att få och personalen skyldighet att lämna inkluderar även omvårdnadsåtgärder⁹⁸.

När informationen av någon anledning inte kan lämnas till patienten ska den enligt andra stycket lämnas till en närstående. Om det finns ett önskemål från patienten att anhöriga inte ska informeras, ska denna inställning respekteras⁹⁹. Med närstående avses i första hand familjen och andra nära anhöriga. Även andra, som mycket nära vänner, kan dock i det enskilda fallet vara att anse som närstående¹⁰⁰. Med familjen avses make, sambo, barn, föräldrar och syskon. Vem som är närstående får dock avgöras från fall till fall¹⁰¹.

I förarbetena till den tidigare gällande lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvård som ersatte 1980 års tillsynslag uttalades beträffande kontakten mellan närstående till patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen i de fall den enskilde patienten är oförmögen att själv fatta beslut om vården och dess genomförande bl.a. följande¹⁰².

⁹⁸ A. prop. s. 24.

⁹⁹ Sahlin, s. 89 och Rynning, s. 269.

¹⁰⁰ Prop. 1996/97:60, s. 44.

¹⁰¹ Prop. 1993/94:149, s. 69 och 118 f.

¹⁰² Prop. 1993/94:149, s. 68.

I dessa situationer är de närståendes medverkan och relation till vårdpersonalen av direkt betydelse för patientens vård och behandling. Det är dock inte så att de närstående övertar patientens beslutanderätt. Vården måste – liksom när det gäller patienter i allmänhet – bedrivas i så nära överensstämmelse som möjligt med vad som kan antas vara patientens vilja.

3.10.4 Bestämmelser för den offentliga sjukvården

Landstinget

Enligt 3 § HSL ska varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget och åt vissa personer som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481). Samma ansvar gäller gentemot dem som, utan att vara bosatta i Sverige, enligt rådets förordning (EEG) 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare och deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap (3 c §). Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård ska landstinget också erbjuda sådan vård (4 §). Landstinget har också ett visst ansvar inom habilitering, rehabilitering och på hjälpmedelsområdet m.m. (jfr 3 b § och 3 d–e §§). Landstinget svarar vidare för att det finns en ändamålsenlig organisation för sjuktransporter (6 §). Landstinget har också ett planerings- och samverkansansvar för hälso- och sjukvården 7–8 §§.

Med landsting likställs i HSL de landstingsfria kommunerna (3 § första stycket fjärde punkten), som numera endast utgörs av Gotlands kommun.

Landstingets ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård, habilitering, rehabilitering, hjälpmedel samt tillhandahållande av vissa förbrukningsartiklar som en kommun inom landstinget har ansvar för (3 § andra stycket, 3 b § andra stycket och 3 d §).

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget enligt 3 a § första stycket ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Det åligger landstinget att ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat. Med behandlingsalternativ avses enligt för-

arbetena¹⁰³ åtgärder med medicinskt innehåll som erbjuds av legitimerade yrkesutövare. Som exempel på olika behandlingsalternativ anges bl.a. kirurgiska ingrepp, läkemedelsbehandling, rehabiliteringsmetoder och specifik omvårdnad¹⁰⁴. Utanför begreppet faller däremot olika tänkbara alternativ inom området undersökning och diagnostik, valet av vårdform, om det inte följer av valet av behandlingsalternativ, samt hjälpmedel.

I 3 a § tredje stycket regleras möjligheten till s.k. second opinion. Det anges där att landstinget ska ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Patienten ska erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda. Av bestämmelsen följer att landstinget i vissa situationer är skyldig att medverka till att patienten, om han så önskar, får möjlighet att diskutera sin sjukdom eller skada samt behandling med ytterligare en läkare. Det ankommer dock ytterst på läkaren att fastställa om de förutsättningar som anges i stycket för en förnyad bedömning föreligger¹⁰⁵.

Den omständigheten att landstinget har angetts som ansvarig utgör inte, vilket uttryckligen framgår 3 § första stycket sista meningen, något hinder för någon annan att bedriva hälso- och sjukvård. Landstingets ansvar innebär inte heller någon skyldighet för landstinget att själv bedriva verksamheten utan landstinget får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som faller inom landstingets ansvar inom HSL¹⁰⁶. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av bestämmelsen överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ. Om landstinget överlämnar till någon annan att utföra dess uppgifter enligt HSL ska i avtalet anges de särskilda villkor som gäller för landstingets överlämnande¹⁰⁷. Om landstinget överlämnar till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus, ska avtalet enligt 3 § fjärde stycket innehålla villkor om att verksamheten ska drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent och att vården ska bedri-

¹⁰³ Prop. 1998/99:4, s. 46 f.

¹⁰⁴ A. prop. s. 47.

¹⁰⁵ A. prop. s. 47.

¹⁰⁶ 3 § tredje stycket, se även prop. 1981/82:97, s. 33 och prop. 1992/93:43, s.

¹⁰⁷ 3 § tredje stycket, se även prop. 2004/05:89 s. 19 ff och s.27.

vas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter enligt 26 § HSL.

Kommunen

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården m.m. regleras i 18–21 §§ HSL. Bestämmelserna, som trädde i kraft den 1 januari 1992, infördes i samband med den s.k. Ädelreformen. Bestämmelserna gäller, om inte annat särskilt anges, endast kommuner som ingår i ett landsting (17 §).

I 18 § HSL, som korresponderar mot den grundläggande bestämmelsen om landstingets hälso- och sjukvård, anges att det åligger kommunen att ge en god hälso- och sjukvård till vissa särskilt angivna kategorier av människor. Kommunen har, i likhet med landstingen, också ett planerings- och samverkansansvar för sjukvården (20–21 §§).

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvården omfattar enligt 18 § första stycket dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket SoL. Kommunens ansvar omfattar vidare dem som genom beslut av kommunen bor i en sådan enskild bedriven boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL, dvs. boenden som motsvarar boenden enligt nyss angivna bestämmelser i 5 kap. SoL. Till kommunens ansvar hör också att erbjuda en god hälso- och sjukvård i samband med kommunal dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § SoL.

Enligt vad som anges i förarbetena till LSS¹⁰⁸ omfattar kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar även bl.a. insatserna bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet enligt 9 § punkterna 9–10 LSS, då dessa bostäder respektive sådan verksamhet utgör sådana särskilda boenden respektive sådan verksamhet som avses i 5 kap. 7 § och 3 kap. 6 § SoL.

När det sedan gäller den hälso- och sjukvård som brukar benämnas hemsjukvård är det landstinget som primärt ansvarar för den verksamheten. Landstinget kan dock med en kommun inom landstinget träffa avtal om att överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård till kommunen. Ett sådant avtal om huvudmannaskaps-

¹⁰⁸ Prop. 1992/93:159 s. 182; se även Äldrevårdsutredningens betänkande, Sammanhållen hemvård [SOU 2004:68] s. 77, 363 och 365, och LSS och hjälpmedelsutredningens betänkande, LSS – Särskilt personligt stöd [SOU 2004:103] s. 255 ff.

överföring kräver regeringens medgivande för att bli giltigt (18 § tredje stycket). Kravet på regeringens medgivande för att kommunen ska kunna ta över ansvaret för hemsjukvården försvinner dock från och med den 1 januari 2007¹⁰⁹.

För det fall någon överenskommelse inte har träffats med landstinget har kommunen givits en möjlighet att på frivillig väg erbjuda hemsjukvård till dem som vistas i kommunen (18 § andra stycket). Som skäl för denna möjlighet anfördes i förarbetena till Ädelreformen¹¹⁰ bl.a. följande.

Det kan t.ex. vara mer ändamålsenligt att en kommun fortsätter att meddela vård åt en person, som bor i en sådan boendeform/bostad som sägs i 20 eller 21 §§ socialtjänstlagen [numera 5 kap 5 § och 5 kap. 7 § SoL], i de fall denne tillfälligt vistas i sin egen eller i en familjemedlems bostad i kommunen. Kommunen bör därför ges befogenhet att även i andra fall än då någon överenskommelse träffats med landstinget svara för hemsjukvårdsinsatser.

En sådan befogenhet som nu sagts innebär dock inte att kommunen till någon del skall överta den skyldighet som landstinget har att ansvara för hemsjukvården. Skyldigheten ligger odelat kvar på landstinget.

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvården vid de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad, vid bostäderna med särskild service och vid den kommunala dagverksamheten samt hemsjukvården sträcker sig upp till sjuksköterskenivå, vilket innebär att kommunens ansvar inte omfattar den hälso- och sjukvård som meddelas av läkare (jfr 18 § fjärde stycket). De kommuner som ingår i landsting får mot den bakgrunden anses förhindrade att inom ramen för HSL anställa eller på annat sätt i egen regi disponera över läkare inom äldreomsorgen¹¹¹.

Från och med den 1 januari 2007 ankommer det emellertid på landstinget och kommunerna inom respektive landstingsområde att sluta avtal om de läkarresurser som landstinget ska avsätta för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i verksamheter som avses i 18 § första stycket HSL. Detsamma gäller i ordinärt boende om en kommun ansvarar för hemsjukvården. För det fall landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet ges kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning från landstinget. En ny bestämmelse om

¹⁰⁹ Prop. 2005/06:115.

¹¹⁰ Prop. 1990/91:14, s. 60.

¹¹¹ Sahlin s. 207.

detta införs i HSL (26 d § HSL). Som en följd av att kommunen enligt denna paragraf ges en möjlighet att anlita läkare ändras även lydelsen i 18 § fjärde stycket HSL.

I den utsträckning kommunen enligt 18 § har ansvaret för hälso- och sjukvården har kommunen också en skyldighet att erbjuda rehabilitering, habilitering och hjälpmedel för funktionshindrade (18 b § första stycket).

Landstinget och en kommun inom landstinget kan, även om någon överenskommelse om överlåtelse av ansvaret för hälso- och sjukvården enligt 18 § inte har träffats, avtala om att kommunen ska ansvara för hjälpmedel för funktionshindrade (18 b § andra stycket). Kommunen har också ett visst ansvar för att tillhandahålla förbrukningsartiklar (18 c §).

En motsvarande rätt att välja behandlingsalternativ som för landstingens del regleras i 3 a § ges för kommunernas räkning i 18 a §. Bestämmelsen omfattar således, då den avser den kommunala hälso- och sjukvården, den specifika omvårdnad som t.ex. sjuksköterskor inom den kommunala äldreomsorgen utför¹¹².

I likhet med vad som gäller för landstinget får en kommun sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt HSL. Om så sker ska, i likhet med vad som gäller för landstinget, vid ett sådant avtal de särskilda villkor som gäller för överlämnandet införas i avtalet (18 § femte stycket). Även för kommunen gäller den begränsningen att en uppgift som innefattar myndighetsutövning inte med stöd av den aktuella bestämmelsen kan överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

3.11 Lag om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område (LYHS)

Med hälso- och sjukvård avses enligt lagen bl.a. verksamhet enligt HSL och tandvårdslagen (1985:125). Vårdgivare är den som, fysisk eller juridisk person, yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård (1 kap. 3 §).

Begreppet hälso- och sjukvårdspersonal innefattar enligt lagen bl.a.

¹¹² Prop. 1998/99:4 s. 48.

1. den som har legitimation eller använder vissa skyddade yrkestitlar inom hälso- och sjukvården,
2. personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter och
3. den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.

Med verksam personal enligt punkten 2 avses inte enbart anställd personal utan även de personer som t.ex. utför arbete på entreprenad. Till gruppen hör bl.a. vårdbiträden och undersköterskor¹¹³.

För att falla in under punkten 3 ska den biträdande hjälpa till vid behandling, vård eller undersökning av en patient. Punkten kan t.ex. bli tillämplig inom vissa delar av kommunens äldreomsorg¹¹⁴.

I lagens 2 kap. regleras de allmänna skyldigheter som åvilar hälso- och sjukvårdspersonalen. Någon skillnad görs inte mellan dem som arbetar i enskild respektive offentlig tjänst.

Enligt 2 kap. 1 § ska den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. I bestämmelsen anges vidare att vården så långt möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten och att patienten ska visas omtanke och respekt (jfr 2a § HSL).

I 2 kap. 2 § regleras hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet gentemot patienterna. Bestämmelsen motsvarar 2 § b HSL (se avsnitt 3.10.3). Bestämmelsen i HSL riktar sig dock mot vårdgivarna.

I 2 kap. 2 a § regleras möjligheten till val av behandlingsalternativ och rätten till second opinion. Utanför lagrummets tillämpningsområde faller tandvård enligt tandvårdslagen. Bestämmelsen har sin motsvarighet i 3 a § HSL (se avsnitt 3.10.4).

3.12 Tillsynen över hälso- och sjukvården

Det finns flera olika statliga instanser, bl.a. Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) som en patient kan vända sig till om hon eller han är missnöjd med vården. Förutom dessa instanser kan patienter och anhöriga vända sig till de patient-

¹¹³ KARNOV, 2003/2004, s. 4078, not 8.

¹¹⁴ KARNOV, 2003/2004, s. 4078, not 9.

nämnder, som enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m., ska finnas i landstingen och kommunerna.

3.12.1 Socialstyrelsens tillsyn

Av 6 kap. 1 § LYHS framgår att hälso- och sjukvården och dess personal står under Socialstyrelsens tillsyn. Tillsynen omfattar såväl verksamhets- som individtillsyn. Tillsynen omfattar all hälso- och sjukvård oavsett driftsform, med undantag för den sjukvård som ges inom försvaret.

Syftet med Socialstyrelsens tillsyn är främst att förebygga skador och eliminera risker inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ska vara ett stöd för såväl den som bedriver verksamheten som för personalen. Det åligger också styrelsen att granska verksamheten och personalens åtgärder, dvs. kontrollera att den vård som ges uppfyller kraven på bl.a. god vård¹¹⁵.

Socialstyrelsen har i sin tillsynsverksamhet rätt att ta del av handlingar och erhålla upplysningar i behövlig utsträckning samt att göra inspektioner (6 kap. 9–10 §§).

Socialstyrelsen kan vidare, om den finner att en vårdgivare inte uppfyller kraven på god vård och om missförhållandena är av betydelse för patientsäkerheten, förelägga vårdgivaren att avhjälpa missförhållandena. I föreläggandet får vite sättas ut. Om ett sådant föreläggande inte följs och om missförhållandena är allvarliga, får Socialstyrelsen förbjuda verksamheten antingen helt eller delvis. Om det är fara för patientens liv, hälsa eller personliga säkerhet i övrigt kan Socialstyrelsen, utan föreläggande, förbjuda verksamheten helt eller delvis. Om det finns sannolika skäl för att verksamheten kommer att förbjudas helt eller delvis och ett sådant beslut inte kan avvaktas får Socialstyrelsen tills vidare helt eller delvis förbjuda verksamheten. Den som bryter mot ett beslut att förbjuda verksamheten kan dömas till böter eller fängelse i högst sex månader (8 kap. 2 §).

Av betydelse för Socialstyrelsens tillsynsverksamhet är även bestämmelserna om anmälningsskyldighet för den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av styrelsens tillsyn (6 kap. 6–8 §§).

Av 6 § framgår att den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av Socialstyrelsens tillsyn enligt 6 kap. ska anmäla detta

¹¹⁵ 6 kap. 3 § och prop. 1997/98:109, s. 167 och prop. 1995/96:176 s. 94.

till styrelsen senast en månad innan verksamheten påbörjas. En sådan anmälan innebär inte att Socialstyrelsen ska göra någon prövning av anmälan utan denna är till för att styrelsen ska ha kännedom om de verksamheter som den har tillsyn över. Att tillsyner inte får utövas förrän verksamheten har påbörjats utgör emellertid inte något hinder för Socialstyrelsen att den, på förfrågan eller på eget initiativ, ger råd och stöd om hur verksamheten bör bedrivas¹¹⁶. Även i de fall en verksamhet förändras helt eller till väsentlig del eller flyttas eller läggs ned ska en anmälan om detta göras till styrelsen (8 §). Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet underlåter att göra en anmälan enligt 6 och 8 §§ döms till böter (8 kap. 1 §).

En anmälan enligt 6 § ska innehålla uppgifter om bl.a. verksamhetens inriktning, var verksamheten ska bedrivas, vem som är verksamhetschef och vem som ansvarar för att en s.k. Lex Maria-anmälan enligt 4 § görs.

Av vikt för tillsyner är vidare vårdgivarens skyldighet att enligt 4 § göra en Lex Maria-anmälan. I lagrummet föreskrivs att en vårdgivare, om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom, snarast ska anmäla detta till Socialstyrelsen. I sammanhanget kan också nämnas att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen enligt 2 kap. 7 § denna lag är skyldig att till vårdgivaren rapportera om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

När det gäller hälso- och sjukvårdspersonalen har Socialstyrelsen, om den anser att det finns skäl för bl.a. disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation, att anmäla saken till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (6 kap. 18 §). Det ankommer också på Socialstyrelsen att under vissa förutsättningar göra en anmälan om åtal, om den mot vilken disciplinpåföljd kan övervägas, är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått ett brott för vilket fängelse är föreskrivet (6 kap. 19 §).

3.12.2 Disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation

I 5 kap. LYHS ges bestämmelser om bl.a. disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation. Bestämmelserna gäller hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning inom hälso- och sjukvården. Bestämmelserna omfattar hälso- och sjukvårdspersonalens yrkes-

¹¹⁶ Prop. 1995/96:176, s. 95.

utövning var- och närhelst den sker och är därför inte begränsad till personalens arbetstid och arbetsplats¹¹⁷.

Bestämmelserna om disciplinpåföljd gäller enligt 5 kap. 2 § endast sådan yrkesutövning som har betydelse för patientsäkerheten. Denna begränsning innebär enligt förarbetena¹¹⁸ t.ex. att bemötandefrågor normalt faller utanför lagens tillämpningsområde.

Med disciplinpåföljd avses erinran eller varning. Sådan påföljd kan åläggas om hälso- och sjukvårdspersonal uppsåtligen eller av oaktsamhet inte fullgör vissa särskilt angivna uppgifter i LYHS eller någon annan föreskrift som är av direkt betydelse för säkerheten i vården. Sådan påföljd kan, om särskilda skäl föreligger, även åläggas den som tidigare har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen. Om ett fel är ringa eller framstår som ursäktligt får disciplinpåföljd underlåtas (5 kap. 3 §).

Enligt 5 kap. 7 § ska legitimation att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården återkallas bl.a. om den legitimerade varit grovt oskicklig vid utövning av sitt yrke eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket.

Frågor om disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation m.m. prövas enligt 7 kap. 1 § LYHS av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

Behörig att göra anmälan i frågor om disciplinpåföljd är den patient som saken gäller, eller om denne inte själv kan anmäla saken, en närstående till patienten. Behöriga att göra en sådan anmälan är även Socialstyrelsen, Riksdagens ombudsmän (JO) och Justitiekanslern (JK). Ansökan om återkallelse av legitimation kan endast göras av nämnda myndigheter eller på ansökan av den som saken gäller (7 kap. 7 §).

Nämnden kan enligt 7 kap. 8 § LYHS överlämna ett ärende beträffande arbetstagare till arbetsgivaren för åtgärd som kan ankomma på denne, om det är uppenbart att ärendets behandling i nämnden inte är påkallad från allmän synpunkt eller för att tillvarata patientens rätt. Nämnden kan också med stöd av 7 kap. 19 § LYHS överlämna en anmälan till landstinget eller kommunen för åtgärd, om anmälan innehåller klagomål över bristen i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonalen eller något annat liknande förhållande och om det finns grundad anledning att anta att anmälan inte kan föranleda disciplinpåföljd. Det kan gälla

¹¹⁷ Prop. 1993/94:149, s. 121.

¹¹⁸ Prop. 1993/94:149, s. 47-52 och 122.

ärenden som är mer lämpliga för en patientnämnd enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Enligt 7 kap. 20 § ska nämnden göra anmälan till åtal om den i ett ärende finner att den mot vilken disciplinpåföljd är ifrågasatt är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått brott för vilket fängelse är föreskrivet.

Nämndens beslut enligt LYHS kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Överklagande av nämndens slutliga beslut kan göras av enskild som gjort anmälan eller av någon annan som beslutet angår, om det gått dem emot och av Socialstyrelsen för att tillvarata allmänna intressen. Bestämmelser om JO:s och JK:s rätt att överklaga bl.a. beslut om disciplinpåföljd finns i lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän och lagen (1975:1339) om Justitiekanslerns tillsyn (8 kap. 10 § LYHS).

3.13 Patientjournalagen

Vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården ska enligt 1 § patientjournalagen (1985:562) patientjournal föras. Hit räknas även tandvård¹¹⁹. Lagen gäller generellt dvs. både den allmänna och den enskilda vården (a. prop., s. 36).

Med patientjournal avses alla de anteckningar som görs och handlingar som upprättas eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och om vårdåtgärder (2 §).

I lagen ges även bestämmelser om bl.a. vad en patientjournal ska innehålla och vem som är skyldig att föra patientjournal (3 och 9 §§).

I 3 § föreskrivs inledningsvis att en patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten och att uppgifterna ska föras in i journalen så snart det kan ske. Vidare anges att en patientjournal, om sådana uppgifter föreligger, alltid ska innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,

¹¹⁹ Prop. 1984/85:189, s. 36.

5. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning,
6. uppgift om information och samtycke som har lämnats enligt lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.

Patientjournalen ska också innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när den gjordes (3 § fjärde stycket).

Uppräkningen i bestämmelsen är enligt förarbetena inte uttömmande, utan det betonas att kravet på en god och säker vård av patienten kan innebära att ytterligare uppgifter måste dokumenteras¹²⁰. I sammanhanget kan noteras att bestämmelserna i punkterna 5 och 6 har tillkommit vid en senare tidpunkt.

Socialstyrelsen har givit ut föreskrifter och allmänna råd gällande patientjournallagen¹²¹. Denna innehåller ett särskilt avsnitt (punkt 17) benämnt ”Särskilda föreskrifter vid dokumentering av omvårdnad”. I det avsnittet anges inledningsvis följande.

Omvårdnad är en uppgift för all personal runt patienten. I allmänhet åligger det en sjuksköterska att svara för samordningen av omvårdnadsinsatserna. Det är därmed i första hand hon som har ansvaret för omvårdnadsdokumentationen för de personalgrupper som inte själva är skyldiga att föra en journal. Socialstyrelsen har i SOSFS 1993:17 meddelat allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården.

Vidare föreskrivs bl.a. följande:

1. En patientjournal skall innehålla en tydlig omvårdnadsdokumentation.
2. Omvårdnadsdokumentationen skall, utifrån patientens individuella behov, beskriva vårdens planering, genomförande och resultat. Dokumentationen skall utformas så att den bidrar till att trygga patientens säkerhet och ge ett underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av omvårdnadsinsatserna. Omvårdnadsåtgärderna skall sammanfattas i en omvårdnads-epikris i samband med utskrivningen av patienten.
3. Patientjournalen skall utformas så att all information, inklusive den som avser omvårdnaden, är tillgänglig för berörda personalkategorier på ett överskådligt sätt utan att en uppgift behöver dokumenteras flera gånger.

¹²⁰ Prop. 1984/85:189, s. 39.

¹²¹ SOSFS 1993:20.

Skyldig att föra patientjournal är den som enligt 3 kap. LYHS har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke – t.ex. läkare, sjuksköterska, psykolog och tandläkare – (9 § första stycket 1). I bestämmelsen anges även vissa ytterligare yrkesutövare som i vissa fall kan var skyldiga att föra patientjournal.

3.14 Lag om psykiatrisk tvångsvård

3.14.1 Inledning

Bestämmelserna i HSL gäller för all psykiatrisk vård, dvs. både frivillig och tvångsmässig vård. Bestämmelserna i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, ska i förhållande till HSL:s bestämmelser ses som undantagsregler som anger i vilka avseenden och under vilka förutsättningar HSL:s vårdprinciper får inskränkas¹²². Ändamålet med tvångsvård enligt lagen är att det ska bli möjligt att ge fortsatt behövlig vård i frivilliga former (2 §). I förarbetena framhålls att psykiatriska vårdåtgärder med tvång principiellt sett måste vara undantagsföreteelser av temporär art och att tvångsvård inte får tendera att bli en ren förvaring av patienten¹²³.

I 2 a § föreskrivs att tvångsåtgärder endast får användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden, att mindre ingripande åtgärder ska användas om sådana är tillräckliga samt att tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

Enligt 2 b § får tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården endast användas om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. Vidare sägs att tvångsåtgärder inte får användas i större utsträckning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.

I 3 § första stycket anges vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att tvångsvård ska få ges. För det första ska patienten enligt punkten 1 lida av en allvarlig psykisk störning. Vidare krävs enligt punkten 2 att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. För det tredje krävs det

¹²² Prop. 1990/91:58, s. 236.

¹²³ A. prop., s 237.

antingen att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i punkten 2 eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke. Vid bedömningen av vårdbehovet i punkten 2 ska även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

För att tvångsvård ska få ges krävs att samtliga förutsättningar är uppfyllda samtidigt¹²⁴.

Vård enligt LPT ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en landstingskommun eller av en kommun som inte ingår i ett landsting (15 §, se även 1 § 3 stycket). Vid synnerliga skäl får regeringen bestämma att vård får ges på annan vårdinrättning. På en sådan inrättning ska tillämpas vad i denna lag sägs om sjukvårdsinrättning som drivs av en landstingskommun. Vid dispens enligt 15 § ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, uppdra åt erfaren läkare med specialistkompetens inom någon gren av psykiatri att i tillämpliga delar fullgöra de uppgifter som enligt LPT ankommer på chefsöverläkare (40 § andra stycket). Enligt 13 § förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska en läkare som har fått ett sådant uppdrag också fullgöra sådana uppgifter som enligt denna förordning och andra förordningar ankommer på chefsöverläkare och som följer av uppdraget.

I 16–25 §§ finns bestämmelser som avser innehållet i vården.

3.14.2 Allvarlig psykisk störning

Begreppet allvarlig psykisk störning ska ses mot bakgrund av den uppfattningen att det är såväl biologiska som sociala och psykologiska faktorer som brukar samverka till uppkomsten av psykiska störningar och behovet av vård. En bedömning av om en psykisk störning är allvarlig ska ske utifrån både störningens art och grad. Med art avses typen av störning och med grad omfattningen av det ingrepp i personligheten som störningen förorsakar. I samband med prövningen av om allvarlig störning föreligger måste hänsyn tas till växlingar i tillståndet och risken för återfall, om vården och behandlingen avbryts för tidigt. Den psykiska störningen är att

¹²⁴ Prop. 1990/91:58, s. 238.

anse som allvarlig så länge påtaglig risk föreligger för att de psykiska symtomen återkommer, om behandlingsinsatserna avbryts¹²⁵.

I förarbetena¹²⁶ lämnas en redogörelse för olika psykiska tillstånd som anses kunna hänföras till begreppet allvarlig psykisk störning. I uppräknigen, som inte är inte uttömmande, tas bl.a. upp

- tillstånd av psykotisk karaktär med störd realitetsvärdering och med symtom av typen vanföreställningar, hallucinationer och förvirring,
- psykisk funktionsnedsättning av allvarlig art (demens) med störd realitetsvärdering och bristande förmåga till orientering i tillvaron uppkommen till följd av en hjärnskada,
- allvarliga depressioner med självmordstankar och svårartade personlighetsstörningar (karaktärsstörningar),
- alkoholpsykosor såsom delirium tremens, alkoholhallucinos och klara demenstillstånd och psykosor till följd av narkotikamissbruk.

Vidare framhålls att en psykisk funktionsnedsättning som beror på åldrande och tar sig uttryck i s.k. åldersdement beteende kan vara så kraftig att den kan hänföras till begreppet allvarlig psykisk störning.

Människor med åldersdement beteende bör emellertid enligt vad departementschefen uttalade i största möjliga utsträckning vårdas i andra former än genom omhändertagande på psykiatriskt sjukhus¹²⁷.

Tvångspsykiatrikommittén¹²⁸ bad inom ramen för sitt arbete professorn, tillika Socialstyrelsens vetenskapliga råd, Bengt Jansson att ge sin syn på begreppet allvarlig psykisk störning. Han anförde därvid bl.a. följande¹²⁹.

5/ Beträffande *demenstillstånd* ter det sig rimligt att grava tillstånd där det är uppenbart att höggradiga kognitiva defekter och allmän avtrubbning medfört social desorientering bör betraktas som allvarlig psykisk störning. Detta bör gälla oavsett etiologi – Alzheimer typ, vaskulär demens, demens orsakad av somatisk sjukdom/skada, substansbetingad varaktig demens, demens med multipel etiologi eller demens UNS, för att följa DSM-IV. Besvärligare blir det när man ska ta ställning till olika

¹²⁵ Prop. 1990/91:58, s. 86 f och 238, se även prop. 1999/2000:44, s. 60–61

¹²⁶ Prop. 1990/91:58, s. 86 f och 238.

¹²⁷ Prop. 1990/91:58, s. 79, se även Tor Sverne, Nedsatt beslutsförmåga, Vem bestämmer för patienten, s. 97.

¹²⁸ Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård, SOU 1998:32.

¹²⁹ A.a. s. 235 ff.

6/ *Konfusionstillstånd* Ett delirium tremens torde förvisso uppfylla kriterierna för allvarlig psykisk störning medan det pågår. Detta bör också gälla konfusionstillstånd under pågående drogpåverkan (kortvarig toxisk psykos). Jag kan inte se att etiologin bör spela någon roll i sammanhanget, åtminstone inte inom allmänpsykiatrin.

Enligt Socialstyrelsen (3 kap. SOSFS 2000:12) bör som allvarlig psykisk störning enligt 3 § LPT räknas bl.a.

- psykos, dvs. tillstånd med störd verklighetsuppfattning och med något av symtomen förvirring, tankestörning, hallucination och vanföreställning,
- depression med självmordsrisk,
- svår personlighetsstörning med impulsgenombrott av psykotisk karaktär eller annan psykotisk episod, och
- svår psykisk störning med starkt tvångsmässigt beteende.

3.14.3 Samtycke till vård

För att LPT ska bli tillämplig ska patienten enligt huvudregeln i tredje paragrafens tredje punkt motsätta sig nödvändig vård. Patienten kan därvid ge uttryck för sin inställning på olika sätt, t.ex. verbalt eller genom att handla eller agera på ett visst sätt. Även i det fall patienten i och för sig accepterar intagning på sjukvårdsinrättningen men motsätter sig den psykiatriska vård som ges där kan det bli aktuellt med tvångsvård, om även förutsättningarna i övrigt är uppfyllda. Man ska dock så långt det är möjligt acceptera patientens inställning i vårdfrågan. Det är patientens egen inställning till den vård som är nödvändig som ska tillmätas självständig betydelse vid bedömningen av om förutsättningen i punkten 3 är uppfylld. Detta gäller i princip även om patienten har förvaltare eller god man förordnad för sig.

En allvarlig psykisk störning kan även tänkas leda till att patienten inte kan uttrycka någon egentlig egen vilja i fråga om vården och således inte heller motsätter sig den. För denna situation föreskrivs i tredje punkten att det ska finnas en möjlighet att besluta om tvångsvård om det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke.

Bestämmelsen tar sikte på dels patienter som till följd av sin psykiska störning över huvud taget inte kan uttala någon uppfattning i

frågan, dels patienter som vid upprepade tillfällen varit intagna för tvångsvård på grund av att de inte frivilligt har kunnat sköta sin behandling på ett tillfredsställande sätt. Även i de fall där det finns grundad anledning att anta att en patient kort tid efter påbörjande av vården kommer att avbryta den om den ges på frivillig väg kan tvångsvård också komma i fråga¹³⁰.

3.15 Gemensam nämnd

Kommuner och landsting kan med stöd av 3 kap. 3 a § kommunallagen (1991:900), KL, bilda gemensamma nämnder. Den gemensamma nämnden får fullgöra uppgifter för vilka det enligt särskilda bestämmelser ska finnas en eller flera nämnder i varje kommun eller landsting. Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Enligt 3 kap. 3 a § tredje stycket KL tillsätts en gemensam nämnd i någon av de samverkande kommunerna eller landstingen och ingår i denna kommuns eller detta landstings organisation.

Enligt 1 § lagen om gemensam nämnd inom vård och omsorgsområdet får ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget genom samverkan i en nämnd fullgöra

1. landstingets uppgifter enligt bl.a. HSL, tandvårdslagen (1985:125), LPT, LSS och lagen om patientnämndsverksamhet m.m.
2. kommunens uppgifter enligt bl.a. SoL, HSL, LSS och lagen om patientnämndsverksamhet.

I 2 § i lagen klargörs att samverkan med stöd av lagen förutsätter att uppgifter från såväl landstinget som kommunen eller kommunerna ingår i den gemensamma nämndens ansvarsområde. För samverkan i en gemensam nämnd krävs enligt paragrafen att var och en av de samverkande huvudmännen lämnar över ansvaret för verksamhet från sitt ansvarsområde till den gemensamma nämnden¹³¹.

Av lagens tredje paragraf framgår att de bestämmelser i kommunallagen som är tillämpliga på en gemensam nämnd även gäller för en gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Som

¹³⁰ Prop. 1990/91:58, s. 241-242 och prop. 1999/2000:44, s. 64 f.

¹³¹ Prop. 1999/2000:44, s. 114.

exempel på sådana bestämmelser anges i förarbetena¹³² 3 kap. 3 b § och 6 kap. 9 § tredje stycket.

3.16 Ställföreträdare enligt föräldrabalken

Bestämmelser om ställföreträdare – god man och förvaltare – för vuxna finns i 11 kap. föräldrabalken.

Beslut om godmanskap och förvaltarskap fattas av allmän domstol. Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, ska domstolen, om det behövs, besluta att anordna godmanskap för honom eller henne (11 kap. 4 §). Ett sådant beslut får enligt andra stycket inte meddelas utan samtycke av den för vilken godmanskap ska anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas. Ett godmanskap kan vara begränsat till att avse viss egendom eller angelägenhet, även om detta inte framgår direkt av lagtexten. Ett beslut om godmanskap bör vara preciserat så långt det är möjligt¹³³.

Att en person har en god man behöver inte innebära att vederbörande saknar förmåga att lämna ett giltigt samtycke till en viss rättshandling. Om en god man har företagit en rättshandling inom ramen för sitt förordnande, men utan den enskildes samtycke, är rättshandlingen inte bindande för den enskilde annat än i de fall då den enskildes mening inte har kunnat inhämtas (11 kap. 5 §). Hinder mot att inhämta den enskildes mening föreligger inte bara när han helt saknar förmåga att ge uttryck för sin vilja utan även när hans tillstånd är sådant som avses i lagen (1924:323) om verkan av avtal, som slutits under påverkan av en psykisk störning.

Om någon som befinner sig i en sådan situation som avses i 11 kap. 4 § föräldrabalken är ur stånd att vårda sig eller sin egendom, får domstolen besluta att anordna förvaltarskap för honom eller henne (11 kap. 7 §). Förvaltarskap får dock inte anordnas, om det är tillräckligt med en god man eller att den enskilde på något annat, mindre ingripande sätt får hjälp. Förvaltaruppdraget ska anpassas till den enskildes behov i varje särskilt fall och får begränsas till att avse viss egendom eller angelägenhet eller egendom överstigande ett visst värde.

¹³² Prop. 2002/03:20, s. 41.

¹³³ Prop. 1987/88:124, s. 140 och 164.

Förvaltaren har inom ramen för förvaltaruppdraget ensam rådgivning över den enskildes egendom och företräder denne i alla angelägenheter som omfattas av uppdraget (11 kap. 9 §).

Någon särskild ledning för vad som i 11 kap. 4 § avses med att sörja för någons person ges inte i motiven till lagstiftningen. Regeringen har – med hänvisning till vad Elisabeth Rynning framfört¹³⁴ angående gode mäns och förvaltares befogenheter när det gäller huvudmannens angelägenheter av rent personlig art – i förarbetena till lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor uttalat följande¹³⁵.

Det kan dock konstateras att en god mans befogenheter när det gäller huvudmannens angelägenheter av rent personlig art inte kan anses vara lika långtgående som en vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma för sitt barn enligt bestämmelserna i 6 kap. föräldrabalken. En vårdnadshavare kan med rättslig verkan samtycka till ett medicinskt ingrepp på sitt barn, även när barnet motsätter sig åtgärden, under förutsättning att barnet själv inte är moget att fatta beslut i frågan och åtgärderna vidtas i barnets intresse. En god man saknar i princip behörighet att handla i strid med sin huvudmans uttryckliga önskemål. En förvaltare har mer långtgående befogenheter än en god man, men kan knappast jämföras med en vårdnadshavare när det gäller angelägenheter av rent personlig art, såsom t.ex. medicinsk vård och behandling. Detta särskilt mot bakgrund av kravet i 2 kap. 6 § regeringsformen på lagstöd för inskränkningar i skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp.

Även om samtycke från en god man eller en förvaltare inom hälso- och sjukvården inte kan accepteras som rättslig grund för medicinska ingrepp på en patient som motsätter sig de åtgärderna, är dessa ställföreträdarens inställning till vården inte betydelselös. T.ex. kan den gode mannens eller förvaltarens inställning tillmätas betydelse när patientens inställning är okänd och han eller hon på grund av sitt tillstånd inte kan ge uttryck för sin mening. I sådana situationer är det dock en förutsättning att det inte föreligger något skäl att anta att en viss åtgärd skulle strida mot patientens vilja. Inte heller anhöriga tillerkänns enligt svensk rätt någon ställföreträdande beslutanderätt i frågor som rör en patients vård. Däremot kan närstående genom sin kännedom om patienten bidra till att hälso- och sjukvårdspersonalen kan bilda sig en bättre uppfattning om vad patienten själv skulle vilja. Beträffande medicinsk forskning anges i Helsingforsdeklarationen att om patienten själv inte är kompetent att avge ett giltigt samtycke till deltagande i viss forskning, måste tillstånd inhämtas från den ansvariga anhörig som enligt den nationella lagstiftningen är behörig att företräda forskningspersonen. Någon sådan behörighet anses alltså inte

¹³⁴ Elisabeth Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie, 1994, s. 299 ff.

¹³⁵ Prop. 2002/03:50, s. 140 f.

tillkomma anhöriga, med undantag för vårdnadshavare, enligt svensk rätt. Anhöriga tillerkänns dock viss bestämmanderätt i fråga om åtgärder på avlidna enligt lagen (1995:831) om transplantation m.m. under förutsättning att den avlidnes egen vilja är okänd. (Jfr Elisabeth Rynning; Samtycke till medicinsk vård och behandling, 1994.)

Regeringen konstaterade mot den bakgrunden att en god man eller förvaltare enligt 11 kap. föräldrabalken i dag knappast torde ha möjlighet att lämna ett rättsligt bindande samtycke till deltagande i forskning för forskningspersonens räkning¹³⁶.

Elisabeth Rynning¹³⁷ har i saken tillagt att i de fall där patienten själv är beredd att underkasta sig vården i fråga – men på grund av bristande beslutskompetens inte ansetts kunna lämna ett giltigt samtycke – ett kompletterande samtycke från god man eller förvaltare bör medföra att giltigt samtycke sammantaget ska anses föreligga.

3.17 Nödrätten

I 24 kap. brottsbalken finns bestämmelser om bl.a. ansvarsfrihet för handlingar som företagits i nödvärn eller nöd. Bestämmelserna medför att handlingar som normalt skulle betraktas som rättsstridiga, under vissa omständigheter inte anses vara det.

I 1 § regleras frågan om nödvärn. I bestämmelsen anges att en gärning som någon begår i nödvärn endast utgör brott om den med hänsyn till angreppets beskaffenhet, det angripnas betydelse och omständigheterna i övrigt är uppenbart oförsvarlig.

I andra stycket räknas fyra olika typer av nödvärnssituationer upp. Uppräkningen är uttömmande¹³⁸. Rätt till nödvärn föreligger enligt punkten 1 mot ett påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom.

Ett angrepp är brottsligt endast om alla rekvisit för brottet, däribland uppsåts- eller oaktsamhetsrekvisitet, är uppfyllda. Om angriparen handlar utan erforderligt uppsåt eller erforderlig oaktsamhet – vilket t.ex. kan tänkas beträffande en psykiskt avvikande person eller en minderårig – föreligger inte ett brottsligt angrepp, varför den angripne i en sådan situation inte kan åberopa nödvärns-

¹³⁶ A. prop. s. 141, jfr dock prop. 2003/04:32 s. 43.

¹³⁷ Rynning s. 302.

¹³⁸ Nils Jareborg, Allmän kriminalrätt, 2001, s. 256, cit. Jareborg.

rätten. Däremot kan straffrihet för den angripne i stället komma i fråga enligt bestämmelsen om nöd i 4 §¹³⁹.

Nödvärnsgärningen måste vara en försvarsåtgärd, som riktar sig mot angriparen själv eller mot något hans intresse. Om den angripne är tvungen att göra intrång i tredje mans rättsfär, får denna gärning bedömas enligt nödreglerna¹⁴⁰. När angreppet har upphört, föreligger inte längre någon nödvärnsrätt. Att gå till motangrepp utgör ett överskridande av nödvärnsrätten¹⁴¹.

Som en förutsättning för att ansvarfrihet ska föreligga i de föreskrivna nödvärnssituationerna gäller att den gärning som begås inte med hänsyn till angreppets beskaffenhet, det angripnas betydelse och omständigheterna i övrigt är uppenbart oförsvarlig. Detta innebär att det inte utan vidare är tillåtet att tillgripa den åtgärd som är nödvändig för att avvärja ett angrepp. Det krävs emellertid inte att den angripne väljer den objektiva bästa metoden för att avvärja angreppet. Den vägledande principen är att försvarsgärningen inte får klart avvika från vad som har varit behövligt, och att det inte får råda ett uppenbart missförhållande mellan nödvärnsgärningen och den skada som hotar genom angreppet¹⁴². I förarbetena anges att det för den som handlar i nödvärn finns en relativt bred marginal vid bedömandet av om han hållit sig inom gränserna för nödvärnsrätten¹⁴³.

Under begreppet ”angreppets beskaffenhet” kan man beakta sådant som angriparens egenskaper (kroppskrafter, psykiskt tillstånd, berusning, ålder och annat som påverkar hans farlighet) och huruvida angreppet kommer plötsligt eller oväntat, samt under de yttre omständigheter, som angreppet sker. Även den angripnes egenskaper och möjligheter att klara upp situationen anses kunna ge angreppet en viss ”beskaffenhet”. Större krav på återhållsamhet måste kunna ställas på en person som på grund av sin utbildning har särskilda förutsättningar att hantera en våldssituation¹⁴⁴.

Uttrycket omständigheterna i övrigt utgör en markering för att försvarlighetsbedömningen ska göras genom sammanvägning av samtliga relevanta omständigheter¹⁴⁵.

¹³⁹ Jareborg, s. 257, Kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁴⁰ Jareborg, s. 259, Kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁴¹ Kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁴² Jareborg, s. 260, Kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁴³ Prop. 1993/94:130, s. 69.

¹⁴⁴ Jareborg, s. 260 f.

¹⁴⁵ Prop. 1993/94:130, s. 69.

Enligt 24 kap. 4 § utgör en gärning som någon begår i nöd brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig. Bestämmelsen är subsidiär till 1–4 §§, dvs. den ska tillämpas först om ansvarsfrihet inte ska inträda enligt dessa paragrafer (t.ex. nödvärnsrätten). Nöd kan enligt andra stycket föreligga när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse. En skillnad i förhållande till nödvärnsbestämmelsen är att det – för att nödrätt ska föreligga – inte krävs att faran uppkommit genom en brottslig handling. En annan skillnad är att nödvärnsparagrafen förutsätter att nödvärnshandlingen riktas mot angriparen eller angriparens intressen.

En nödhandling kan medföra såväl ingrepp i annans egendom som åstadkommande av kroppsskada, frihetsberövande, ärekränkning eller kränkning av offentliga intressen¹⁴⁶. För att en nödhandling ska falla in under bestämmelsen får den emellertid inte vara oförsvarlig. Det ankommer således på den nödställda att i större utsträckning än vid nödvärn sätta den nödställdes egna intressen åt sidan. För att en nödhandling ska vara försvarlig krävs i princip att den gärning som företas i nöd ska vara påkallad av ett intresse av betydligt större vikt än det som offras¹⁴⁷. Normalt krävs även att gärningen har varit behövlig. I vart fall ska ett upphävande av situationen inte skäligen kunna vinnas på annat sätt (t.ex. inte utan oproportionerlig ansträngning eller uppoffring.)¹⁴⁸.

Det måste enligt Jareborg¹⁴⁹ i en del fall anses vara försvarligt att med stöd av nödregeln ingripa för att rädda liv även om den berörde motsätter sig räddningsaktionen. Nödregeln kan därför, åtminstone ibland, enligt Jareborg¹⁵⁰ rättfärdiga att man hindrar någon från att föröva självmord, genomföra tvångsmatning eller tvångsmedicinering eller utföra ett operativt ingrepp mot patientens vilja.

Nödbestämmelsen ska enligt förarbetena endast tillämpas i undantagsfall¹⁵¹. Man torde rimligen inte kunna vidta vård- eller behandlingsåtgärder under en längre tid under åberopande av någon slags perdurerande nöd. Denna begränsning är särskilt bety-

¹⁴⁶ Kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁴⁷ Prop. 1993/94:130, s. 35 f och s. 70.

¹⁴⁸ Jareborg, s. 266 f och Kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁴⁹ Jareborg, s. 267.

¹⁵⁰ Jareborg, s. 267.

¹⁵¹ Se prop. 1993/94:130, s. 35 och där angivna hänvisning.

delsefull just när det gäller vården av varaktigt beslutsinkompetenta patienter, såsom psykiskt störda eller handikappade personer¹⁵².

Av 24 kap. 5 § framgår det att om någon på grund av bl.a. nödvärn eller nöd har rätt att begå en i och för sig straffbelagd gärning, har var och en som hjälper honom samma rätt.

Om någon i ett fall där bestämmelserna om bl.a. nödvärn och nöd i och för sig är tillämpliga har gjort mer än vad om kan anses medgivet enligt dessa bestämmelser kan han eller hon enligt kapitlets 6 § ändå gå fri från ansvar. För att så ska vara fallet krävs det att omständigheterna var sådana att personen svårligen kunde besinna sig. Vid denna bedömning har man att beakta farans art, den tid som stått till förfogande för en adekvat reaktion samt gärningsmannens individuella egenskaper¹⁵³.

I 24 kap. 7 § brottsbalken finns en lagregel om ansvarsfrihet vid samtycke. Enligt bestämmelsen är en gärning som någon begår med samtycke från den mot vilken den riktas brott endast om gärningen – med hänsyn till den skada, kränkning eller fara som den medför, dess syfte och övriga omständigheter – är oförsvarlig.

För att ett samtycke ska ha ansvarsfriande verkan i det enskilda fallet måste vissa förutsättningar vara uppfyllda. För det första krävs det att samtycket har lämnats av någon som är behörig att förfoga över det aktuella intresset. Vidare krävs att den berörde är kapabel att förstå innebörden av samtycket, att det är frivilligt och att det är allvarligt menat samt att det har givits med full insikt om relevanta förhållanden. Det fordras också att samtycket föreligger då den aktuella handlingen företas. Vid gärningar som är utsträckta i tiden måste samtycket föreligga under hela den tid som gärningen företas. Samtycket behöver emellertid inte vara uttalat utan det är tillräckligt med ett s.k. tyst inre samtycke¹⁵⁴.

I den angivna propositionen förs också ett resonemang om s.k. hypotetiskt samtycke. På sidan 42 anförs därvid bl.a. följande.

Som framgått är rättsläget när det gäller hypotetiskt samtycke oklart även om man inom doktrinen kan finna stöd för ett avvisande av sådant samtycke som ansvarsfrihetsgrund. Kommitténs slutsats är att hypotetiskt samtycke inte bör accepteras som ansvarsfrihetsgrund i svensk rätt. I detta avseende får kommittén stöd av de flesta remissinstanserna. (- - -).

Också regeringen anser att det i och för sig finns skäl att inta en reserverad hållning till hypotetiskt samtycke. En regel som direkt slår

¹⁵² Rynning, s. 379, se även SOSFS 1992:17.

¹⁵³ Se bl.a. kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁵⁴ Prop. 1993/94:130, s. 39.

fast hypotetiskt samtycke som en ansvarsfrihetsgrund skulle kunna uppfattas som en minskning av det skydd som strafflagstiftningen ger den enskilde mot angrepp av andra. Dessutom skulle en regel av detta slag innebära tillämpningsproblem.

Den av regeringen föreslagna regeln om ansvarsfrihet vid samtycke omfattar därför enligt sin ordalydelse inte hypotetiskt samtycke. Detta innebär emellertid inte att ansvarsfrihet i dessa fall och liknande ska vara helt utesluten. I praktiken torde den oskrivna ansvarsfrihetsgrund som ibland tillämpas i mera bagatellartade mål, och som har formen av en hänvisning till ”livets regel” eller ”social adekvans” eller liknande i litteraturen använda uttryck, ofta kunna åberopas i sådana situationer.

Gränsen för ansvarsfriande verkan av samtycke till kroppsskada går enligt vad som sägs i förarbetena¹⁵⁵ normalt mellan vad anses som ringa misshandel och misshandel av normalgraden. Det kan dock enligt vad regeringen anför¹⁵⁶ finnas fall där gärningen i och för sig är att bedöma som normalgraden av brottet, men där omständigheterna ändå är sådana att ett samtycke bör medföra ansvarsfrihet. Regeln är däremot inte avsedd att ge utrymme för att samtycke till grov misshandel eller uppsåtligt dödande i något fall ska leda till ansvarsfrihet.

I förarbetena¹⁵⁷ anges vidare att den nu aktuella bestämmelsen i och för sig omfattar åtgärder på det medicinska fältet, men att lagrummet – inte minst på grund av att försvarlighetsbedömningen i dessa fall måste göras utifrån andra utgångspunkter – i praktiken torde få begränsad betydelse.

3.18 Sekretess och tystnadsplikt

3.18.1 Inledning

Bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt finns, såvitt är av intresse när det gäller det område som mitt uppdrag omfattar, i sekretesslagen (1980:100), socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

¹⁵⁵ A. prop. s. 42 f.

¹⁵⁶ A. prop. s. 42.

¹⁵⁷ A. prop. s. 43 f.

3.18.2 Sekretesslagen (1980:100)

Sekretesslagen innehåller enligt 1 kap. 1 § första stycket bestämmelser om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet och om förbud att lämna ut allmänna handlingar. Bestämmelserna avser enligt andra stycket förbud att röja uppgift, vare sig det sker muntligen eller genom att allmän handling lämnas ut.

Av 1 kap. 2 § och 3 § första stycket sekretesslagen framgår att sekretess för en uppgift hos en myndighet gäller såväl mot enskilda som andra myndigheter. Enligt 1 kap. 3 § andra stycket gäller sekretess inte bara mellan olika myndigheter utan också mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra. Enligt 14 kap. 1 § sekretesslagen hindrar inte sekretess att uppgifter lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. I en kommunal nämndorganisation utgör varje nämnd och dess underlydande förvaltning en egen myndighet i sekretesslagens mening.

I 14 kap. 2 § sekretesslagen, som är subsidiär i förhållande till 1 §, regleras uppgiftslämnande i olika situationer. Bestämmelsen möjliggör i många fall uppgiftslämnande mellan myndigheter, bl.a. när det gäller att bistå personer med missbruksproblem, barn som far illa och väntade barn som behöver skydd under moderns graviditet. Av 1 kap. 3 § andra stycket sekretesslagen framgår att paragrafen är tillämplig såväl mellan olika myndigheter som mellan olika verksamhetsgrenar inom en enda myndighet.

Enligt den s.k. kallade generalklausulen i 14 kap. 3 § sekretesslagen hindrar sekretesslagen inte myndigheterna från att utväxla uppgifter i situationer där intresset av att uppgifterna lämnas ut måste ges företräde framför det intresse som sekretessen ska skydda. För vissa områden är dock denna paragraf inte tillämplig. Undantag har bl.a. gjorts för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Enligt 1 kap. 5 § sekretesslagen hindrar inte sekretess att en uppgift lämnas om detta är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet. Bestämmelsen ska enligt förarbetena tillämpas restriktivt. Sekretessen får efterges bara om det är en nödvändig förutsättning för att en myndighet ska kunna fullgöra ett åliggande. Sekretessen får inte eftersättas enbart av det skälet att den gör myndighetens arbete mindre effektivt¹⁵⁸.

¹⁵⁸ Prop. 1979/80:2 Del A s. 465 och 494.

Sekretess gäller, med vissa undantag som i förevarande utredning inte är av intresse, enligt 7 kap. 1 c § inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men. Av bestämmelsen framgår att skadeprövningen ska göras med ett s.k. omvänt skaderekvisit, vilket innebär att presumptionen är för sekretess.

Sekretess gäller enligt 7 kap. 4 § sekretesslagen inom socialtjänsten för uppgift om enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom eller henne närstående lider men. I likhet med vad som gäller för hälso- och sjukvården ska skadeprövningen inom socialtjänsten göras med ett omvänt skaderekvisit. Med socialtjänst enligt bestämmelsen avses bl.a. verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård av unga och av missbrukare utan samtycke. Med socialtjänst jämföras även bl.a. verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

3.18.3 Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Som framgår av föregående avsnitt gäller sekretesslagen inte utanför den offentliga verksamheten. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område omfattar emellertid också personer i enskild tjänst. I denna lag finns särskilda bestämmelser om tystnadsplikt för den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården i 2 kap. 8–10 §§. Enligt 8 § får sådan personal inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

På motsvarande sätt föreskrivs i 15 kap. 1 § socialtjänstlagen tystnadsplikt för den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser insatser enligt socialtjänstlagen. En bestämmelse med motsvarande innehåll finns när det gäller insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade i den lagens 29 §.

Vid tolkningen av obehörighetsrequisitet har det ansetts naturligt att söka ledning i skaderekvisitet som finns i sekretesslagens bestämmelser. Det har därmed sagts föreligga en nära överensstämmelse mellan tystnadsplikten för offentliga funktionärer och tystnadsplikten för vård- och socialtjänstpersonal i enskild tjänst¹⁵⁹.

3.19 Konventioner och rekommendationer

3.19.1 Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen)

Bestämmelserna i Europakonventionen är allmänt formulerade. Det är mot den bakgrunden därför viktigt att se konventionen som en helhet och att tolkningen av en bestämmelse i konventionen görs på ett sådant sätt att det inte uppstår en konflikt med någon annan bestämmelse i konventionen. Bestämmelserna bör därför tolkas så att konventionen som en helhet får en rimlig innebörd¹⁶⁰.

Konventionen bör, enligt vad Europadomstolen ofta uttalat tolkas dynamiskt, dvs. i ljuset av samhällsutvecklingen och förändringar i rättsuppfattningen i konventionsstaterna. Detta innebär att den tolkning av en bestämmelse i konventionen som var den rätta när konventionen kom till kan förändras med tiden. Att genom studium av förarbetena till konventionen försöka fastställa hur konventionen ska tolkas är därför av mindre värde¹⁶¹.

I artikel 3 fastslås att ingen får utsättas för tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.

Artikeln förbjuder inte att tvång används med lagligt stöd, t.ex. för att genomföra nödvändig psykiatrisk behandling. Regler för användning av tvångsåtgärder på sjukvårdsinrättning måste dock hållas inom den ram som anges i artikeln. Tvångsåtgärderna får således inte vara av den art eller användas på sådant sätt eller under sådana omständigheter att de utgör en omänsklig eller förnedrande behandling av patienten¹⁶².

Begreppet tortyr definieras inte i artikeln. En internationellt godtagen definition av detta begrepp finns dock i artikel 1 i FN-

¹⁵⁹ Prop. 1980/81:28 s. 23 och prop. 1981/82:186 s. 26, se även SOU 2003:99 s. 295 och 299.

¹⁶⁰ Hans Danelius, *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis*, andra upplagan, 2002, s. 55, cit. Danelius.

¹⁶¹ Danelius, s. 55.

¹⁶² Prop. 1999/20:44, s. 39.

konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Begreppet definieras där på följande sätt¹⁶³

- - - varje handling genom vilken allvarlig smärta eller svårt lidande, fysiskt eller psykiskt, medvetet tillfogas någon antingen för sådana syften som att erhålla information eller en bekännelse av honom eller tredje man, att straffa honom för en gärning som han eller en tredje person har begått eller misstänks ha begått eller att hota eller tvinga honom eller en tredje person eller också av något skäl som har sin grund i någon form av diskriminering, under förutsättning att smärtan eller lidandet åsamkas av eller på anstiftan eller med samtycke eller medgivande av en offentlig tjänsteman eller någon annan person som handlar som företrädare för det allmänna.

Någon definition av begreppen omänsklig behandling och förnedrande behandling har inte gjorts i internationella överenskommelser. Europadomstolen har emellertid framhållit att endast en behandling eller en bestraffning som kännetecknas av betydande hårdhet eller hänsynslöshet kan falla in under artikel 3. Begreppen omänsklig och förnedrande ska med hänsyn härtill tolkas restriktivt¹⁶⁴.

Europadomstolen har i ett mål Herczegfalvy mot Österrike¹⁶⁵, som gällde en psykisk störd fånge, inte funnit att behandlingen av Herczegfalvy stred mot artikeln då domstolen inte kunde vederlägga den österrikiska regeringens invändning om att behandlingen hade varit motiverad av medicinska skäl. Herczegfalvy hade blivit både tvångsmatad och isolerad samt under relativt lång tid varit fäst med handbojor vid sin säng.

Vad gäller den närmare tolkningen av artikelns innebörd hänvisar utredningen till den redogörelse av Europadomstolens domar som finns i Danelius kommentar till Europakonventionen¹⁶⁶.

I artikel 5:1 föreskrivs att var och en har rätt till frihet och personlig säkerhet. Begreppet personlig säkerhet anses inte ha någon självständig betydelse utan artikeln handlar om frihetsberövanden¹⁶⁷.

¹⁶³ Danelius, s. 72 f.

¹⁶⁴ Danelius, s. 72.

¹⁶⁵ Dom den 24 september 1992.

¹⁶⁶ S. 73 ff.

¹⁶⁷ Danelius, s. 93.

I artikeln anges vidare att ingen får berövas sin frihet utom under vissa i punkterna a–e särskilt angivna fall och i den ordning som lagen föreskriver. Uppräkningen i artikeln är uttömmande¹⁶⁸.

Av punkten e) framgår bl.a. att den som är psykiskt sjuk kan berövas friheten med stöd av lag och i den ordning som lagen föreskriver.

Begreppet psykisk sjukdom (unsound mind) är enligt Europadomstolen ett oprecist begrepp, vars innebörd kan växla med tiden. Av domstolens praxis framgår att en person dock under inga förhållanden får behandlas som psykiskt sjuk därför att hans åsikter eller uppförande avviker från vad som anses vara normalt. För att en person ska få berövas friheten på grund av psykisk sjukdom måste – förutom i brådskande fall – krävas att personen i fråga på ett tillförlitligt sätt och med stöd av objektiv medicinsk sakkunskap visats lida av psykisk sjukdom. Den själsliga störningen måste också vara av sådan art och grad att den motiverar ett frihetsberövande. Frihetsberövandet får fortsätta endast så länge en sådan själslig störning kvarstår. Det kan emellertid vara legitimt och förenligt med artikel 5:1 att vänta med utskrivningen till dess vissa åtgärder vidtagits för att underlätta den utskrivnes återanpassning i samhället¹⁶⁹. I målet Aerts mot Belgien har ytterligare ett villkor för frihetsberövande på grund av psykisk sjukdom uppställts av Europadomstolen. I målet har fastslagits att verkställighet måste ske på sjukhus eller i annan lämplig anstalt¹⁷⁰.

I de fall någon är intagen på en anstalt av något slag är det vad gäller frågan om det utgör ett frihetsberövande eller inte av avgörande betydelse om intagningen har skett med den enskildes samtycke eller under tvång. Situationen kan också kompliceras av att samtycke visserligen har lämnats men inte av den intagne själv utan av någon som företräder honom.

Europadomstolen har i ett mål¹⁷¹ prövat om en tolvårig pojke som var intagen på en psykiatrisk avdelning på ett sjukhus var frihetsberövad. Då pojken hade rymt hade han förts tillbaka till sjukhuset med hjälp av polisen. Pojken hade tagits in på sin mors begäran, som hade vårdsnaden om honom. Pojken själv och hans far ansåg att intagningen var omotiverad. Europadomstolen ansåg inte

¹⁶⁸ Danelius s. 92.

¹⁶⁹ Se Danelius, s. 109 f och där angivna domar från Europadomstolen.

¹⁷⁰ Dom den 30 juli 1998, Danelius s. 110.

¹⁷¹ Nielsen mot Danmark, dom den 28 november 1988.

att pojken hade berövats friheten utan att intagningen grundade sig på en rättmätig utövning av föräldramyndigheten.

Ett annat mål¹⁷², som också gällde frågan om en viss åtgärd utgjorde ett frihetsberövande eller inte, gällde en äldre dam med nedsatta själsförmögenheter. Den äldre damen hade, på grund av vanvård i hemmet, placerats på ett vårdhem av myndigheterna. Europadomstolen konstaterade att åtgärden hade vidtagits på ett ansvarsfullt sätt i hennes eget intresse för att tillförsäkra henne medicinsk vård och goda levnadsförhållanden. Mot den bakgrunden ansåg inte Europadomstolen att det var frågan om ett frihetsberövande enligt artikel 5.

Enligt artikel 5:2 ska var och en som arresteras utan dröjsmål underrättas om skälen för åtgärden och om varje anklagelse mot honom.

Underrättelseskyldigheten gäller, trots sin ordalydelse, inte endast i de fall då frihetsberövandet grundar sig på misstanke om brott utan även när det finns andra skäl för frihetsberövandet. Bestämmelsen har bl.a. tillämpats i målet Van der Leer mot Nederländerna, som gällde psykiatrisk tvångsvård (dom den 21 februari 1990).

Enligt artikel 5:4 har var och en som berövas friheten genom arrestering eller på annat sätt rätt att begära att domstol snabbt ska pröva lagligheten av frihetsberövandet.

Vissa frihetsberövanden, t.ex. beträffande en person som är föremål för psykiatrisk tvångsvård, är obestämda i tiden, då den fortsatta utvecklingen blir avgörande för hur länge frihetsberövandet ska fortgå. Europadomstolen har beträffande sådana fall fastslagit att den som är intagen på sjukhus för psykiatrisk vård på obestämd tid, har rätt – i vart fall när det inte finns någon automatisk periodisk domstolsprövning – att med skäliga mellanrum få lagligheten av det fortsatta frihetsberövandet överprövad av domstol¹⁷³.

Enligt artikel 8:1 har var och en rätt till skydd för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Tvångsmedicinering, avskiljning, fastspänning och besöksförbud vid vård enligt LPT och LRV är exempel på åtgärder som inskränker rätten till skydd för privatlivet.

Inskränkningar i det i artikel 8:1 föreskrivna skyddet kan enligt artikel 8:2 godtas endast under förutsättning att de har stöd i lag och om de i ett demokratiskt samhälle är nödvändiga med hänsyn

¹⁷² H.M. mot Schweiz, dom den 26 februari 2002.

¹⁷³ Danelius, s. 123 och där angivna rättsfall.

till bl.a. skyddet för hälsa, moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

Vad gäller begreppet ”nödvändig” i förevarande hänseende har Europadomstolen uttalat att det inte är synonymt med ”oundgänglig”. Det krävs däremot att det föreligger ett ”angeläget samhällligt behov”. Vidare måste åtgärden stå i rimlig proportion till det syfte som ska tillgodoses genom inskränkningen (proportionalitetsprincipen). Varje stat har också själv en viss frihet (margin of appreciation) att själv avgöra om en inskränkning är nödvändig. Denna frihet är emellertid inte obegränsad och Europadomstolen förbehåller sig rätten att övervaka om denna frihet utnyttjas på ett rimligt sätt¹⁷⁴.

I artikel 2 i det fjärde tilläggsprotokollet till Europakonventionen finns bestämmelser om den personliga rörelsefriheten. I artikeln föreskrivs dels att var och en, som vistas lagligt i landet har rätt att röra sig fritt där, dels att var och en är fri att lämna ett land, inbegripet sitt eget. Rätten att förflytta sig inom ett lands territorium omfattar också rätten att bosätta sig på viss plats (punkterna 1–2). Inskränkningar i rörelsefriheten får enligt tredje punkten göras om de är angivna i lag och om de är nödvändiga i ett demokratiskt samhälle av hänsyn till bl.a. hälsan.

3.19.2 FN:s internationella konvention om medborgerliga och politiska rättigheter

Konventionen tillkom 1966. Den är folkrättsligt bindande för de anslutna staterna. Flera av de centrala regler som finns införda i den motsvarar reglerna i Europakonventionen. T.ex. innehåller artikel 7 en regel som motsvarar förbudet mot tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning i artikel 3 i Europakonventionen. Vidare fastslås i artikel 9:1 att envar har rätt till frihet och personlig säkerhet och att ingen må berövas sin frihet utom på sådana grunder och i sådan ordning som föreskrivs i lag.

¹⁷⁴ Danelius, s. 264.

3.19.3 Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin

Konventionen antogs av Europarådets ministerkommitté i november 1996. Sverige undertecknade konventionen den 4 april 1997, men har ännu inte ratificerat den. Konventionen trädde i kraft den 1 december 1999. Konventionens andra kapitel, artiklarna 5–9 innehåller regler om samtycke.

I artikel 5, som utgör en allmän regel, anges att ingrepp inom hälso- och sjukvårdens område endast får företas efter det att den berörda personen har givit ett fritt och informerat samtycke. I artikeln anges vidare att personen i förväg ska erhålla erforderlig information om syftet med ingreppet och dess karaktär samt om vilka konsekvenser och risker som ingreppet innebär. Det anges också att det står personen fritt att när som helst återkalla sitt samtycke.

Artikel 6 innehåller särskilda föreskrifter till skydd för personer som inte kan avge ett giltigt samtycke. I artikeln uppställs först ett krav på att ingrepp på sådana personer endast, förutom i vissa särskilt angivna fall gällande bl.a. biomedicinsk forskning, får företas om åtgärden är till direkt fördel för vederbörande. Beträffande vuxna personer som på grund av psykiskt funktionshinder, sjukdom eller liknande orsak, enligt nationell rätt inte är beslutskompetenta, gäller vidare att åtgärder endast får genomföras med godkännande av patientens ställföreträdare eller en myndighet, person eller organ i enlighet med vad som är föreskrivet i lag.

Ifrågavarande ställföreträdare, myndighet, person eller annan instans ska på samma sätt som anges i artikel 5 erhålla erforderlig information.

Den berörda personen ska så långt möjligt även delta i samtyckesförfarandet. Ett lämnat medgivande till vård kan, för att tillvarata den berörda personens bästa, när som helst återkallas.

Om ett erforderligt samtycke inte kan inhämtas i en nödsituation får, enligt artikel 8, medicinskt nödvändiga åtgärder företas omedelbart när det är till nytta för den ifrågavarande personens hälsa.

Av artikel 9 framgår att i de fall en patient inte har förmåga att uttrycka sina önskemål rörande en medicinsk åtgärd, ska patientens tidigare viljeyttringar rörande åtgärden beaktas.

Sådana uttalanden behöver dock, enligt kommentaren till konventionen, inte alltid anses bindande. Således behöver man t.ex. i de

fall där man på grund av ändrade förhållanden har anledning att ifrågasätta om ett tidigare uttalande ger uttryck för patientens nuvarande inställning inte följa det¹⁷⁵.

När det sedan gäller forskningen innehåller artikel 17 beträffande vuxna personer som saknar beslutsförmåga vissa kompletterande förutsättningar som måste vara uppfyllda. Enligt huvudregeln i punkten 1 fordras att forskningsresultatet kan förväntas bli till konkret och direkt nytta för försökspersonens hälsa. Vidare krävs att jämförbara resultat inte kan erhållas genom forskning på människor som har förmåga att lämna samtycke. Denna förutsättning anges i den förklarande rapporten (Explanatory report) vara uppfylld beträffande forskning gällande bl.a. psykiska störningar och demenssjukdomar. Det krävs också att ställföreträdande samtycke har lämnats och att försökspersonen själv inte har motsatt sig medverkan. Även om forskningen inte kan förväntas leda till konkret och direkt nytta för försökspersonen får forskning, under vissa särskilt angivna förutsättningar i punkten 2 i artikeln, genomföras ändå.

Enligt artikel 26 gäller som huvudregel att det – vad gäller utövandet av rättigheterna och skyddsbestämmelserna i konventionen – endast får förekomma begränsningar som är lagstadgade och nödvändiga i ett demokratiskt samhälle bl.a. för att skydda den allmänna hälsan.

3.19.4 Europarådets rekommendation om hjälpbehövande vuxna

Europarådets ministerkommitté antog den 23 februari 1999 en rekommendation om det rättsliga skyddet för hjälpbehövande vuxna¹⁷⁶. I den förklarande rapporten till rekommendationen betonas att hjälpbehövande vuxna är en kategori som tilldragit sig stor uppmärksamhet under senare år, inte minst p.g.a. demografiska och sociala förändringar, den medicinska utvecklingen och det ökade intresset för skyddet för mänskliga rättigheter. Rekommendationen upprättades med olika rättsliga internationella instrument som inspirationskälla, bl.a. Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna och Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin.

¹⁷⁵ Elisabeth Rynning, Rättsäkerhetsfrågor inom socialrätten, Lotta Vahlne Westerhäll, s 272.

¹⁷⁶ Principles concerning the legal protection of incapable adults. Recommendation No. R [99] 4.

Resultatet blev ett antal principer som medlemsstaternas regeringar rekommenderades att införa.

En redogörelse för innehållet i rekommendationen finns i förmynderskapsutredningens betänkande¹⁷⁷. Där anges följande.

Rekommendationen är indelad i fem avsnitt och innehåller totalt 28 principer. Några av dem återges i fri översättning här nedan.

I det första avsnittet behandlas bl.a. tillämpningsområdet. Principerna tar sikte på skyddet av vuxna som p.g.a. försämringar eller brister i personlig förmåga inte klarar av att på egen hand fatta beslut som berör deras ekonomiska angelägenheter eller som inte kan förstå, uttrycka eller agera utifrån sådana beslut och som följaktligen inte heller kan bevaka sina intressen. Bristerna kan bero på psykisk oförmåga, sjukdom eller liknande orsaker. Med "vuxen" förstås en person som anses ha uppnått sådan ålder att han har full civilrättslig handlingsförmåga (dvs. har blivit myndig).

I det andra avsnittet redovisas de styrande principerna. I princip 1 betonas bl.a. att lagar, procedurer och sedvänja som berör skyddet av hjälpbehövande vuxna ska baseras på respekt för dessa individers mänskliga rättigheter och grundläggande friheter. Princip 2 tar upp vikten av flexibilitet i den juridiska hanteringen, vilket i sin tur förutsätter att det finns ett regelverk i botten som kan anpassas till de enskilda fallen. Bland skyddsåtgärderna måste finnas sådana som inte nödvändigtvis inskränker individens rättsliga handlingsförmåga. Lämpliga åtgärder ska vidare kunna sättas in i nödlägen. Hänsyn ska även tas bl.a. till behovet av att det går att arrangera representantskap som innebär att den hjälpbehövande rättshandlar tillsammans med en utnämnd representant. Enligt den förklarande rapporten är det här av betydelse att den hjälpbehövande i många fall inte är i total avsaknad av rättshandlingsförmåga. Vidare berörs de fall då fler än en representant utses och representanterna s.a.s. kompletterar varandra. Som exempel anges att en viss representant bär huvudansvaret för personliga angelägenheter men bedöms mindre lämplig att även ha hand om ekonomiska frågor.

Vidare framhålls i princip 2 vikten av att individer kan sörja för representantskap i en framtida situation då deras förmåga har satts ned. Den förklarande rapporten betonar fördelarna med att genom regler erkänna olika arrangemang som den hjälpbehövande själv kan vilja åstadkomma i förväg medan han eller hon ännu har sin rättsliga handlingsförmåga intakt. Vissa kanske inte kräver lagstiftning, t.ex. avtal med en bank om betalningar under vissa förutsättningar. I andra fall kan lagreglering visa sig nödvändig, t.ex. när det gäller "continuing powers of attorney" (här benämnda framtidsfullmakter [- - -]) eller förhandsdirektiv på hälso- och sjukvårdsområdet (- - -). I rapporten påpekas att framtidsfullmakter kommit att utnyttjas allt mer i vissa rättssystem. Några typiska problem med fullmakter av detta slag lyfts

¹⁷⁷ SOU 2004:112 s. 411 ff.

dock fram. För det första är bruket av fullmakter beroende av vad som sker med denna när fullmaktsgivaren förlorar sin rättshandlingsförmåga. Om fullmakten enligt det nationella rättssystemet förlorar sin verkan i en dylik situation, måste en undantagsregel införas med innebörd att fullmakten under särskilt angivna förutsättningar (och med inbyggda spärrar) kan fortsätta att gälla även sedan hjälpbehovet har inträtt. Om huvudregeln däremot är att fullmakten fortsätter att gälla, bör lagstiftaren överväga vilka spärrar som behövs i rättssystemet sedan fullmaktsgivaren förlorat sin rättshandlingsförmåga.

I princip 2 betonas slutligen att det bör övervägas att ge närstående en uttrycklig rätt att för den hjälpbehövande fatta särskilda beslut av mindre ingripande karaktär rörande bl.a. personliga förhållanden, om de närstående (företrädesvis familjemedlemmar) ändå har en laglig rätt att företräda den enskilde i andra angelägenheter. Enligt den förklarande rapporten pekar principen på fördelarna med att låta familjemedlemmar erhålla något slags laglig representativ funktion vid utförandet av de sysslor som de i många fall de facto ombesörjer för en hjälpbehövande anhörig; om nödvändigt skydd och assistans kan tillhandahållas av familjemedlemmar, kanske det inte finns behov av några formella åtgärder.

Regelverket ska i största möjliga utsträckning ta hänsyn till att det kan finnas olika grader av oförmåga och att denna kan variera från tid till annan. Följaktligen ska en skyddsåtgärd inte automatiskt få till följd att den hjälpbehövande totalt berövas sin rättsliga handlingsförmåga (även om det måste vara möjligt att ta till en sådan åtgärd när det visar sig nödvändigt för att skydda personen i fråga). I princip 3 lyfts särskilt fram rätten att rösta och att upprätta testamente som sådana rättigheter som en hjälpbehövande person inte per automatik ska fråntas. En annan är rätten att samtycka till eller vägra ett ingripande på sjukvårdsområdet. Arrangemang bör övervägas som innebär att den hjälpbehövande ges tillstånd av representanten att agera självständigt i en viss angelägenhet eller på ett visst område, trots att det i och för sig finns ett hjälpbehov. När det är möjligt, bör den hjälpbehövande dessutom själv ha rätt att genomföra rättsligt bindande transaktioner av vardaglig natur.

I princip 5 anförs att ingen skyddsåtgärd får genomföras för en hjälpbehövande vuxen såvida inte skyddsåtgärden är nödvändig. Vid bedömningen måste de personliga omständigheterna och individens behov vägas in. Om personen i fråga lämnar ett oreserverat och fritt samtycke till skyddsåtgärden, får den dock viktas. När man tar ställning till om det finns ett behov av en viss åtgärd, ska det tas hänsyn till om något mindre formellt arrangemang eller någon assistans från familjemedlemmar kan aktualiseras som alternativ.

Princip 6 behandlar proportionalitetsaspekter. Enligt denna princip ska en åtgärd som visat sig nödvändig också vara proportionell till den hjälpbehövandes egen förmåga och skraddarsydd för det individuella behovet hos denne. Härmed ska, enligt den förklarande rapporten,

förstås att inskränkningar i rättshandlingsförmågan ska hållas på ett minimum med beaktande av vilket mål som ska uppnås med åtgärden. Principen innebär ett avståndstagande från lagregler som innebär ett automatiskt frångående av rättshandlingsförmågan eller betydande inskränkningar av rättshandlingsförmågan som inte är situationsanpassade.

I princip 7 konstateras att det ska finnas rimliga och effektiva förfaranden för tillhandahållande av skydd för hjälpbehövande vuxna. Ett adekvat procedurmässigt skydd ska tillhandahållas för att säkerställa de hjälpbehövandes mänskliga rättigheter och för att förhindra missbruk.

Den hjälpbehövandes intressen och välfärd ska enligt princip 8 komma i främsta rummet när en skyddsåtgärd upprättas och realiseras. Valet av den person som ska fungera som representant ska huvudsakligen styras av personens lämplighet att skydda och verka för den hjälpbehövandes intressen och välfärd. När det gäller personvalet uppmärksammas i den förklarande rapporten att den hjälpbehövandes familj har en viktig roll men att det i många familjer kan uppstå allvarliga intressekonflikter. Den nationella lagstiftningen måste ta hänsyn till att detta kan påverka en familjerepresentants lämplighet (jfr dock princip 9). (- - -)

Den hjälpbehövandes tidigare och nuvarande önskemål och uppfattning ska enligt princip 9 så långt det är möjligt och rimligt fastställas och dessutom beaktas och respekteras när en skyddsåtgärd ska genomföras. Principen innebär uttryckligen att önskemål om vem som ska fungera som representant ska beaktas och, så långt det är möjligt, även respekteras. Vidare innebär den att en person som representerar eller hjälper en hjälpbehövande ska ge vederbörande adekvat information när detta är lämpligt och möjligt så att han eller hon kan få ge uttryck för sin åsikt, särskilt när det gäller beslut av större vikt för den hjälpbehövande.

I princip 10 sägs att samråd ska hållas med dem som har ett nära intresse i den hjälpbehövandes välfärd, t.ex. i egenskap av representant eller nära familjemedlem, inför anordnandet av en skyddsåtgärd. Den nationella lagstiftningen har att peka ut både vilka personer som träffas av samrådsskyldigheten och vilka effekter samrådet – eller avsaknad av sådant – kan ha.

I rekommendationens tredje avsnitt behandlas processuella principer. Princip 11 slår fast att det måste finnas tillräckligt många rättssubjekt som kan anställa en talan om skyddsåtgärder för att behovet av sådana åtgärder ska kunna bli tillgodosett i alla de situationer då detta är aktuellt. I princip 11 (2), sägs att personen som berörs ska bli informerad på ett sätt som vederbörande förstår om att en talan väcks som kan påverka hans eller hennes rättshandlingsförmåga, utövandet av hans eller hennes rättigheter eller andra intressen, såvida inte sådan information uppenbarligen är utan betydelse för personen i fråga eller skulle medföra en allvarlig hälsorisk. Bestämmelsen knyter an till artikel 6 i Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

Princip 12 tar upp handläggningen av mål eller ärenden om skyddsåtgärder. I principen sägs att det ska finnas fullgoda procedurer för utredning och bedömning av en individs personliga förmåga. Ingen åtgärd som inskränker en persons rättshandlingsförmåga får vidtas utan att den person som vidtar åtgärden först har sett den hjälpbehövande eller kan bilda sig en uppfattning om den hjälpbehövandes status och en aktuell redogörelse från minst en kvalificerad expert har avgetts. Redogörelsen ska vara skriftlig. Princip 13 föreskriver att den som berörs ska ha rätt att höras personligen i alla rättegångsförfaranden som kan påverka hans eller hennes rättsliga handlingsförmåga. I den förklarande rapporten sägs att alla och envar kanske inte är kapabla att ingripa och uttrycka sin inställning. Alternativt kan den som berörs vara så pass sjuk att han inte kan delta i rättegången. I sådana fall ska individen tillförsäkras en rätt att bli representerad av någon annan. Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, särskilt artikel 6, har betydelse för tolkningen även av denna princip.

Skyddsåtgärderna ska enligt princip 14 endast gälla för viss tid, om så är möjligt och lämpligt. Enligt principen bör även förutbestämda utvärderingstillfällen komma under övervägande. Undantag från kravet på tidsbegränsningar kan, enligt förklaringen till principen, vara acceptabla, om den hjälpbehövande t.ex. lider av demenssjukdom som han eller hon inte förväntas bli kvitt. Skyddsåtgärderna bör också värderas på nytt när förhållandena ändras, särskilt när det gäller ändringar i den hjälpbehövandes tillstånd. Även förändringar i förmögenhetsmassa, t.ex. genom arv, eller ändrade boendeförhållanden, kan vara faktorer som påverkar aktuella ingripanden. – Skyddsåtgärderna ska bringas till upphörande, om förutsättningarna för dem inte längre finns. Vidare ska det finnas en rätt att överklaga beslut rörande åtgärderna.

Intermistiska beslut regleras i princip 15. I kritiska situationer ska provisoriska åtgärder kunna sättas in, varvid principerna 11–14 ska tillämpas i största möjliga utsträckning.

I princip 16 betonas att det ska finnas en adekvat kontroll av användningen av skyddsåtgärder och av representanternas handlingar och beslut. Den förklarande rapporten ger en nyanserad bild av vad som avses härmed. Det sägs att för strikt kontroll kan vara kontra-produktiv och i praktiken omöjliggöra ett bruk av åtgärden i fråga. Vidare måste hänsyn tas till kostnaderna, som kan komma att stjälpa åtgärder som under andra omständigheter skulle kunna vara fördelaktiga för de hjälpbehövande.

Princip 17 manar till att åtgärder måste vidtas för att ett tillräckligt antal kvalificerade personer engageras för att representera och hjälpa de hjälpbehövande. Hänsyn ska tas till etableringen av och stödet till olika sammanslutningar och andra organ som kan tillhandahålla representanter och utbilda dem.

I rekommendationens fjärde del behandlas representanternas roll. Princip 18 tar upp vissa frågor om automatiskt representantskap som

finns i en del länder, t.ex. att en hjälpbehövande utan särskilt myndighetsbeslut kan representeras av sina föräldrar även sedan han eller hon har uppnått myndig ålder. I princip 19 redogörs för begränsningar i representanternas behörighet. Nationell lag ska avgöra vilka rättshandlingar som anses vara av så strängt personlig karaktär att de inte kan utföras genom en representant. I den förklarande rapporten nämns att enighet torde råda om att en representant aldrig skulle kunna besluta i sådana frågor som röstning, äktenskap och adoption eller erkänna ett faderskap, medan oenighet kan råda om hur långt en representants behörighet ska sträcka sig i frågor om upprättande, ändring eller upphävande av testamente för den hjälpbehövandes räkning, organdonation och skilsmäsoangelägenheter. – Det är även de nationella reglerna som får avgöra om vissa beslut av en representant behöver godkännas av domstol eller något annat organ. Här nämner den förklarande rapporten som exempel ingrepp på hälso- och sjukvårdsområdet, förfogande över kapital på visst sätt och åtagande av förpliktelser.

Representanters skadeståndsansvar behandlas i princip 20. Representanterna är skadeståndsskyldiga, i enlighet med vad nationella regler föreskriver, för förlust eller skada som de orsakat den hjälpbehövande under uppdragets utförande. Skadestandsregler som gäller olagliga handlingar, oaktsamhet och misshandel ska träffa såväl representanter som andra som är involverade i de hjälpbehövandes angelägenheter. I den förklarande rapporten sägs att de nationella reglerna kan behöva modifieras i ljuset av vissa principer, t.ex. att representanten ska agera utifrån den hjälpbehövandes tidigare framställda önskemål. Obligatoriska försäkringar nämns som en möjlig utväg att komma till rätta med olika situationer.

Ersättningar och utgifter är föremål för uttalanden i princip 21. Nationella regler ska behandla frågor om ersättning och gottgörelse för utgifter för dem som har utsetts att representera eller hjälpa en person. Skillnader kan göras mellan dem som agerar yrkesmässigt och andra samt mellan dem som har hand om personliga och dem som ombesörjer ekonomiska angelägenheter. Frågor om ersättning är enligt den förklarande rapporten angelägna i praktiken. Det sägs att det inte lär finnas något som talar emot att den som har betydande egendom också ersätter sin representant med egna medel; värre är det när den enskildes tillgångar är blygsamma och visst offentligt bistånd kan tyckas vara både nödvändigt och önskvärt.

Åtgärder på hälso- och sjukvårdsområdet är föremål för rekommendationens femte och sista avsnitt. I den inledande delen av rekommendationen definieras dessa som åtgärder som utförs yrkesmässigt gentemot en person av hälsoskäl. I begreppet innefattas åtgärder för förebyggande vård, diagnos, behandling, rehabilitering och forskning. Av den förklarande rapporten framgår att principerna i avsnittet bygger på Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin som antogs år 1996. Sverige undertecknade konventionen år 1997. Principerna tar inte sikte på att en representant ska pekas ut

för den hjälpbehövande utan att den hjälpbehövande ska ha ett visst skydd när en åtgärd på hälso- och sjukvårdsområdet är förestående.

Samtycke tas upp i princip 22. I första punkten sägs att när en vuxen i praktiken är kapabel att lämna ett fritt och informerat samtycke till ett visst ingrepp, så får ingreppet bara utföras med dennes samtycke. Detta gäller även om personen i fråga i och för sig är föremål för skyddsåtgärder. Samtycket ska inhämtas av den person som ska vidta åtgärden. Om den hjälpbehövande inte är kapabel att ge ett fritt och informerat samtycke till åtgärden, får denna enligt princip 22 (2) likväl företas, om den är till direkt fördel för den hjälpbehövande och ingreppet har bemyndigats av den hjälpbehövandes representant eller en person eller ett organ som enligt lag kan lämna ett sådant bemyndigande. Ibland kan det föreligga oenighet, t.ex. mellan en läkare och en anhörig, om huruvida personen kan samtycka eller ej; enligt den förklarande rapporten kan det då bli nödvändigt att överlämna frågan till en myndighet. Bestämmelserna om ”direkt fördel” för patienten och samtycke från en representant eller någon som genom lag träder i patientens ställe återfinns även i Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin, artikel 6. Det ska här också påpekas att principerna 8–10 även gäller ingrepp inom hälso- och sjukvård, vilket innebär att en hjälpbehövandes tidigare uttryckta inställning kan komma att få betydelse för om ett ingrepp får utföras eller ej (jfr princip 27).

I princip 22 sägs också att överväganden bör göras kring hur man genom lagstiftning kan låta lämpliga myndigheter, personer eller organ auktorisera ingrepp av olika slag för fall då den hjälpbehövande inte själv kan ge ett fritt och informerat samtycke och inte heller har en representant med sådan behörighet. Vidare ska det enligt principen övervägas om domstolar eller något annat organ ska kunna ge tillstånd till åtgärder som är särskilt ingripande. – Den förklarande rapporten pekar på att det lär uppstå många situationer som inte kan karakteriseras som nödlägen och i vilka det kan bli aktuellt med något mindre intrång vid behandlingen, dock utan att de i sig är sådana att de synes motivera vare sig att en representant utses eller att tillstånd söks från domstol eller någon annan myndighet. Som exempel anges att en värta som orsakar obehag fryses bort eller att sår sys för att det ska läka bättre. Rapporten ger uttryck för uppfattningen att sådana ingrepp i praktiken sker utan samtycke eller tillstånd. Samtidigt uttrycks oro över att sådana åtgärder kanske inte sker på laglig väg och att läkare inte förtjänar att arbeta i ett rättsligt vakuum. I rapporten betonas dock att det inte är i någons intresse att det ska behöva föras en rättslig procedur i sådana fall bara för att en representant ska utses; bl.a. anförs att det finns starka skäl för att låta läkarna själva ge tillstånd till vissa mindre ingrepp medan särskilt allvarliga ingrepp skulle kunna kräva tillstånd från någon särskilt utsedd företrädare, en domstol eller något annat organ. Enligt rapporten betyder betoningen i rekommendationen på proportionalitet och att legala åtgärder ska tillgripas först om andra arrangemang är otillräckliga (”proportionality” och ”subsidiar-

riety”) att det måste betraktas som normalt att en vuxen hjälpbehövande saknar en representant med omfattande behörighet. Detta är något som ska välkomnas snarare än beklagas men betyder också att viss möda måste läggas på att fylla upp onödiga rättsliga tomrum.

Även mekanismer för slitande av eventuella konflikter i samtyckesfrågor mellan olika personer eller organ bör enligt princip 22 komma under övervägande. En sådan situation kan nämligen uppstå när två representanter, varav den ene har generell behörighet och den andre behörighet på hälso- och sjukvårdsområdet, är oeniga om vilken behandling den hjälpbehövande ska underkasta sig. I den förklarande rapporten förordas en lösning i vilken representanten med generellt bemyndigande konsulteras men inte ges rätten att förbjuda, påtvinga eller fördröja en behandling. Flera andra angreppssätt i denna känsliga fråga är dock tänkbara enligt rapporten – huvudsaken är att det i lagstiftningen finns medel för att komma till rätta med oeniga företrädare.

I princip 23 ges alternativa regler om samtycke, vilka blir aktuella om en medlemsstat inte tillämpar princip 22 (1)–(2). Trots att en hjälpbehövande är föremål för en skyddsåtgärd som innebär att en viss åtgärd på hälso- och sjukvårdsområdet bara är tillåten efter tillstånd av ett organ eller en person enligt lag, ska vederbörande tillfrågas om samtycke till åtgärden, om han eller hon har förmåga att lämna samtycke. Om det av lag framgår att personen inte kan ge ett fritt och informerat samtycke till åtgärden, får den likväl genomföras, om den är till direkt nytta för personen och tillstånd har getts av hans eller hennes representant eller av en sådan myndighet eller person som pekas ut i lag. Lagen ska innehålla föreskrifter som tillåter att personen i fråga hörs av ett oberoende organ innan något viktigt medicinskt ingrepp företas.

I princip 24 föreskrivs att särskilda regler kan gälla i nationell lagstiftning för speciella åtgärder som kräver ett extra skydd för dem som berörs. Reglerna kan vila på internationella dokument. De kan också innebära avvikelser från kravet på att åtgärden ska vara till direkt nytta för personen som berörs förutsatt att det extra skydd som tillhandahålles personen syftar till att minimera risken för missbruk eller oregelbundenhet. Enligt den förklarande rapporten kan ”nyttobegreppet” ibland behöva modifieras, t.ex. om någon befinner sig i ett medvetenstillstånd och hålls vid liv på konstgjord väg. Det påpekas att Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin, artikel 17 (2), faktiskt tillåter ingrepp som inte är till direkt nytta för patienten i extrema fall.

Princip 25 ger möjlighet till behandlande åtgärder för hjälpbehövande med mental störning av allvarligt slag, trots att samtycke till åtgärden inte finns. En förutsättning är att störningen måste behandlas till förebyggande av allvarliga risker för personens hälsa. Bestämmelsen knyter an till Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin, artikel 7, och förutsätter att det finns skyddande villkor i lag. I princip 26 behandlas ytterligare undantagsfall

från samtyckeskravet, nämligen nödfallen. Om samtycke från patienten eller tillstånd från berört organ inte kan inhämtas, får medicinskt nödvändiga ingrepp genast genomföras. Enligt den förklarande rapporten, i vilken man hänvisar till Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin, artikel 8, är det inte endast livshotande situationer som omfattas av undantaget utan även sådana då medicinska ingrepp är nödvändiga och inte kan fördröjas.

Princip 27 framhåller att det särskilt är principerna 8–10 som är tillämpbara på hälso- och sjukvårdsområdet. Därvid nämns att uttalanden som, i enlighet med princip 9, gjorts i förväg ska tillmätas betydelse. Slutligen sägs i princip 28 att särreglering kan vara nödvändig i nationell lagstiftning av hänsyn till den allmänna säkerheten, i brottsförebyggande syfte, av hälsovårdsskäl eller för att värna andra människors fri- och rättigheter.

4 Den potentiella målgruppen – ”personer med nedsatt beslutsförmåga”

I direktiven anges att utredaren ska bedöma

... om det finns andra personer än sådana som lider av demenssjukdom som på grund av sjukdom, skada eller andra förhållanden också har nedsatt beslutsförmåga och därmed har ett motsvarande behov av förstärkt skydd.

Jag redovisar en sådan bedömning i detta avsnitt. Samtidigt har jag, som framgår av mina inledande kommentarer till direktiven (1.2.2), tolkat budskapet i direktiven som en tydlig signal på att den personkrets som avses är äldre personer med demenssjukdom. Därför redovisar jag i bakgrunden i övrigt i princip endast uppgifter som har relevans för denna grupp. Jag utvecklar också synpunkter på och motiv för denna avgränsning i mina allmänna överväganden (avsnitt 11.4).

4.1 Vuxna personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga

Generellt gäller att behovet av tvångs- eller begränsningsåtgärder är kopplat till att en person lider av nedsatt beslutsförmåga. Nedsatt beslutsförmåga kan uppstå hos personer med olika former av kognitiva störningar, dvs. störningar som avser intellektuella funktioner och som t.ex. ger sämre koncentration eller svårigheter att planera och hålla ihop tankar.

Beslutsförmågan kan vara påverkad hos personer med psykiska störningar och psykisk sjukdom liksom hos dem med utvecklingsstörning. Vidare kan beslutsförmågan påverkas tillfälligt eller under längre tid till följd av en allvarlig skada eller efter en yttre skada hos en person som inte tidigare har haft några kognitiva störningar.

Man kan inte alltid skilja mellan de olika diagnosgrupperna. En beslutsinkompetent person kan vara både dement och ha en

psykisk sjukdom, t.ex. en depression eller psykos. En annan beslutsinkompetent person kan vara både utvecklingsstörd och dement.

Man kan försiktigt anta att det finns mellan 130 000 och 170 000 vuxna personer som har mer eller mindre varaktigt nedsatt beslutsförmåga i Sverige. Antalet kommer att öka under de närmaste årtiondena framför allt på grund av att allt fler drabbas av demenssjukdomar¹.

4.2 Personer med demenssjukdom

Jag redovisar nedan en kortfattad redogörelse för demenssjukdomarna och deras symptom och konsekvenser. Den bygger dels på uppgifter från Demensförbundet² och Vårdalsinstitutet³ dels på en medicinsk redovisning av demenssjukdomarna – hur de uppkommer, symptom, behandling m.m. – som utredningens expert, professorn i geriatrik Gösta Bucht tillsammans med Eva Elgh skrivit på utredningens uppdrag. Promemorian⁴ biläggs i sin helhet som bilaga 4.

4.2.1 Vad är demens?

Det är vanligt att uppleva minnesstörningar när man blir äldre. Ofta är minnesproblemen övergående, men de kan också vara första steget i en demenssjukdom. Ordet demens härstammar från latinets ”de mens”, ”utan själ”, och avser ett förvärvat och långvarigt kliniskt tillstånd som oftast förvärras med tiden.

Demens är sjukliga förändringar i hjärnan som påverkar minnes- och tankeförmågor. Demens orsakas alltid av sjukdom och är inte en normal åldersförändring. Vid demens påverkas flera av hjärnans funktioner och enbart minnesproblem räcker inte för att kunna ställa diagnosen. Andra funktioner som brukar drabbas är förmågan att tänka, att planera och skapa överblick, att hitta i miljön, att tala och förstå språket, att ta egna initiativ, att uppleva känslor som förut och att kontrollera sina känslor.

¹ Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112), sidan 421ff.

² www.demensforbundet.se/demenssjukdomar.

³ www.vardalsinstitutet.net.

⁴ Promemoria 20051025 ”Demenssjukdomar och andra sjukdomar med kognitiv störning – uppkomst, symtom, prognos och behandling”, Gösta Bucht, Eva Elgh, Umeå universitet.

Det finns olika sätt att beskriva demenssjukdomars svårighetsgrad och sjukdomsstadier. En vanlig indelning är

- *Mild demens (cirka 41 000 personer)* – patienten har demens men klarar att leva på egen hand.
- *Medelsvår eller måttlig demens (cirka 66 000 personer)* – patienten behöver stöd i vardagslivet men kan oftast vistas hemma.
- *Svår demens (cirka 32 000 personer)* – patienten är så handikappad att ständig tillsyn är nödvändig och någon form av institutionsvård krävs.

4.2.2 De vanligaste demenssjukdomarna

Demenssjukdomarna är mycket vanliga och drabbar många människor. I Sverige uppskattas antalet demenssjuka till 139 000 personer, varav 8 000–9 000 personer uppskattas vara yngre än 65 år. Enligt beräkningar⁵ insjuknar ca 24 000 personer årligen, varav knappt 70 procent är kvinnor. Beräkningarna visar också att antalet demenssjuka kommer att öka, speciellt efter år 2020. Prognoser visar att över 250 000 personer kan ha en demenssjukdom år 2050. Ålder är den främsta riskfaktorn. Förekomsten av demenssjukdom är en procent vid 65 års ålder och över femtio procent vid 90 års ålder.

4.2.3 Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom är den vanligaste av demenssjukdomarna och man beräknar att cirka 83 000 personer har den sjukdomen. Sjukdomen drabbar oftast människor efter 65 års ålder men kan i enstaka fall börja vid 50 års ålder. Sjukdomen kommer oftast smygande och sjukdomsförloppet är långsamt.

Vid Alzheimers sjukdom påverkas funktioner som minne, tankeförmåga och förmågan att hitta. Språksvårigheter är vanligast hos dem som får sjukdomen tidigt, före 65 års ålder. Hos dem som får Alzheimers sjukdom efter 65 års ålder är förvirringstillstånd vanligt i den senare delen av sjukdomsförloppet. Depressiva symptom är vanliga. Bakom Alzheimers sjukdom finns flera olika faktorer. Risken för att drabbas av sjukdomen ökar med stigande ålder. I vissa familjer finns en ärftlighet för Alzheimers sjukdom.

⁵ På väg mot en god demensvård (DS 2003:47).

Man räknar med att 50 procent av alla demenssjukdomar är av Alzheimerstyp.

4.2.4 Vaskulär demens

Vaskulär demens orsakas av störningar i blodflödet i hjärnan. Blodproppar som drabbar större blodkärl, t.ex. vid stroke (hjärnblödning, slaganfall), kan skapa plötslig försämring. Den vanligaste typen har dock ett smygande förlopp som vid Alzheimers sjukdom. Vid denna demensform finns ofta ett högt blodtryck sedan tidigare i livet, sjukdomar i hjärta, blodkärlssystemet eller diabetes. Man räknar med att cirka 35 000 personer har vaskulär demens, vilket motsvarar 25 procent av alla med demenssjukdom. Siffran är något högre i de högsta åldrarna. Ofta finns blandtillstånd mellan Alzheimers sjukdom och vaskulär demens.

Symptomen är beroende av vilka delar av hjärnan som skadats. Skador djupt i hjärnan kan medföra att de psykiska funktionerna blir långsamma liksom rörelserna. Man har svårt att ta egna initiativ och har inte lust med någonting. Planeringsförmågan påverkas och det blir problem att klara vardagliga sysslor. Minnet försämras oftast. Depression finns ofta vid denna typ av hjärnskada och det kan vara ett tidigt symptom.

4.2.5 Pannlobsdemens eller frontallobsdemens

Detta är en ovanligare sjukdomsform (cirka 7 000 personer) som yttrar sig helt annorlunda än andra demenssjukdomar. Demens med symptom från pannlober debuterar i de typiska fallen tidigt, ibland före 50 års ålder. Minnet och tankeförmågan finns ofta väl bevarad vid pannlobsdemens, medan personlighetsförändringar märks tidigt i sjukdomen, med minskad omdömesförmåga. Personen slutar t.ex. att bry sig om sin hygien och känslolivet avtrubbas. Personen blir ofta lättirriterad. Den sjuke upplever inte själv de stora förändringarna i sin personlighet. Minnet drabbas ofta först mot slutet vid pannlobsdemens.

4.3 Tillstånd som kan likna demens

4.3.1 Förvirringstillstånd

Förvirringstillstånd orsakas av en tillfällig försämring av hjärnans funktioner. Medan demenssymptomen utvecklas under lång tid kommer förvirringssymptomen snabbt. Personen kan få svårt att känna igen sin omgivning eller människorna, misstolkar ofta händelser, blir okoncentrerad, kommer inte ihåg vad som hänt och vad som sagts. Den förvirrade kan ofta bli orolig, irriterad eller arg. Plötsligt kanske personen inte känner igen sin egen make eller maka.

Kroppsliga sjukdomar av mycket skiftande slag som lunginflammation, urinvägsinfektion, feber, dåligt inställd diabetesmedicin, förstoppning eller urinstopp kan vara den utlösande faktorn. Läkemedel kan ge upphov till förvirring och detta är i praktiken en vanlig orsak. Också läkemedel mot kroppsliga sjukdomar kan förorsaka förvirring. Förändringar, som t.ex. att flytta till en ny miljö, kan skapa förvirring. Oro över förändringar i hemmet kan övergå i förvirring. Yttre påfrestningar och stress kan leda till förvirringstillstånd hos personer med demens.

4.3.2 Depression

Depression är den vanligaste psykiska störningen hos äldre och risken att insjukna ökar starkt med åldrandet. Varannan kvinna och var fjärde man riskerar att någon gång under livet drabbas av en depressionssjukdom. Symtomen är nedstämdhet, ointresse och minskat välbefinnande i de flesta dagliga aktiviteter. Dessutom kan förekomma viktminskning, aptitförändring, sömnsvårigheter, psykomotorisk förändring, trötthet, energiförlust, känsla av värdelöshet minskad koncentrations- och tankeförmåga samt också dödsönskningar. Symptomen brukar vara svårast på morgonen och lättare på kvällen. Man vaknar tidigt och har svårt att somna. Depression är vanligt vid demens och försämrar livskvaliteten påtagligt⁶.

⁶ Utvecklas i bilaga 4.

4.4 Andra grupper med nedsatt beslutsförmåga

4.4.1 Personer med utvecklingsstörning

Ungefär 38 000 barn, ungdomar och vuxna i Sverige har en utvecklingsstörning. Den kan vara svår, måttlig eller lindrig. Tillsammans med utvecklingsstörningen kan personen ha andra funktionshinder, t.ex. rörelsehinder, synnedläggning, autism.

Utvecklingsstörning uppstår praktiskt taget alltid som en följd av en hjärnskada som hämmar begåvningsutvecklingen. Hjärnskadorna finns nästan alltid redan från födseln. Den kan ha genetisk grund, som vid Downs syndrom, eller vara orsakad av yttre påverkan i fosterstadiet som infektioner, brist i blod- eller närings-tillförseln till fostret, gravt missbruk hos modern (enstaka fall) eller för tidig födsel.

Downs syndrom⁷ är den vanligaste enskilda orsaken till utvecklingsstörning. Det föds omkring 120 barn med Downs syndrom i Sverige varje år. Vid Downs syndrom framträder både åldrandeprocessen och demenssymptomen mycket tidigare än hos normalbefolkningen. Många personer med Downs syndrom utvecklar Alzheimers sjukdom i 40–50 årsåldern.

Även autism⁸ eller autismliknande tillstånd kan ge djupgående störningar i social förmåga, kommunikation och beteende. Ungefär 100 barn föds med autism varje år och de flesta är pojkar.

Enligt Socialstyrelsens officiella statistik över insatser för funktionshindrade⁹ hade cirka 38 500 personer med utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd (personkrets 1 i LSS) någon insats enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) på grund av sitt funktionshinder den 1 september 2002.

4.4.2 Personer med förvärvad hjärnskada

Varje år drabbas cirka 4 000 vuxna personer i Sverige av allvarliga hjärnskador till följd av t.ex. stroke (vanligast), tumörer och inflammationer, tungt drogmissbruk, yttre våld eller trafikskador¹⁰.

⁷ Föreningen för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna (www.fub.se).

⁸ Riksföreningen Autism (www.autism.se).

⁹ Insatser enligt LSS år 2002. Socialstyrelsen, 2003 (sista året som antal insatser per personkrets redovisades).

¹⁰ Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112).

En tredjedel av dessa dör av skadorna och ett antal av de som överlever får svåra och varaktiga funktionshinder.

Enligt ovan nämnda statistik fick cirka 1 300 vuxna personer med förvärvade hjärnskador (personkrets 2 i LSS) insatser enligt LSS år 2002 den 1 september 2002.

4.4.3 Personer med psykiska funktionshinder

Personer med djup och varaktig psykisk ohälsa är en särskild målgrupp bland dem med nedsatt beslutsförmåga. De har ibland avsevärda svårigheter att klara det dagliga livet och stort behov av vård- och omsorgsinsatser. Personer med uttalad schizofreni är t.ex. ofta kontaktskygga, kommunicerar på ett sätt som är svårt att förstå, har hörselhallucinationer och kan vara aggressiva¹¹. Av en nyligen (december 2005) presenterad avhandling¹² framgår att tre av fyra dörrar på psykiatriska kliniker i Sverige var låsta en viss dag, även för patienter som vistades där på frivillig grund. Klinikföreståndarna motiverade de låsta dörrarna med risken för att patienter avviker, uppdraget att ge patienterna skydd och säkerhet samt gällande lagstiftning.

Enligt LSS-statistiken hade 2 700 personer LSS-insatser på grund av psykiska funktionshinder den 1 september 2002, de flesta i åldrarna 33–65 år.

4.4.4 Personer med nedsatt beslutsförmåga inom sjukvården

Ett okänt antal personer med (tillfälligt) nedsatt beslutsförmåga vårdas inom somatisk hälso- och sjukvård. Det finns en rad olika tillstånd där somatisk sjukdom eller dess behandling påverkar en patients kognitiva förmåga. Det påverkade tillståndet kan vara tillfälligt eller pågå under längre tid

Det rör sig i första hand om tillstånd där hjärnan och dess funktioner är påverkade. Vid exempelvis demenssjukdomar, stroke och hjärntumörer kan de kognitiva funktionerna vara så påverkade att beslutsförmågan är nedsatt. I vissa fall finns en variation över dygnet som kan bero på patientens trötthet, ångest eller oro. I andra fall kan mediciner påverka beslutsförmågan. Vid stroke kan

¹¹ Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112).

¹² Patient and Staff Perceptions of Medication Administration and Locked Entrance Doors at Psychiatric Wards, Kristina Haglund, Uppsala Universitet.

funktionerna successivt komma tillbaka i samband med rehabilitering.

Även i övrigt helt opåverkade patienter kan få nedsatt beslutsförmåga i samband med t.ex. hög feber, diabeteskoma, epileptiska anfall eller i samband med hjärnskakning.

Ibland bidrar behandlingen till att sätta ned beslutsförmågan hos patienter som t.ex. vid nedsövning i samband med operationer. Nedsättningen är då förutsägbar. Men många gånger följer den nedsatta beslutsförmågan av akuta situationer som inte är möjliga att förutse¹³.

¹³ Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112), sidan 429.

5 Indelning och beskrivning av tvångs- och begränsningsåtgärder

Jag redovisar och kommenterar nedan olika tvångs- och begränsningsåtgärder. Indelning och definitioner bygger i huvudsak på en promemoria med rekommendationer från Alzheimer-europa¹. Det är en paraplyorganisation för de europeiska Alzheimerföreningarna och organisationen har, med ekonomiskt stöd från Europeiska Kommissionen, kartlagt och sammanställt uppgifter om förekomst av samt policy och eventuella lagregler för tvångs- och begränsningsåtgärder för personer med demenssjukdom i alla EU-länder. Mina kommentarer bygger i huvudsak på vad som framkommit om förhållanden i Sverige i tillsynsrapporter och kartläggningar samt vid utredningens studiebesök och övriga kontakter.

Min ambition med detta kapitel är således att ge en rak redovisning av förekommande tvångs- och begränsningsåtgärder, hur de används och nu gällande förutsättningar som är fri från värderingar. Jag återkommer i mina överväganden och förslag, främst i avsnitt 11.6, till frågor om vilka åtgärder som ska vara tillåtna och hur de ska regleras.

Forskningen om tvångs- och begränsningsåtgärder redovisas i nästa avsnitt.

5.1 Mekaniska tvångs- och begränsningsåtgärder

Alzheimer-europas definition:

Att använda speciella möbler, kläder eller andra anordningar (t.ex. stolar med s.k. brickbord fästade i armstöden, stolar med fasta bälten, lösa bälten och remmar, sänggrindar, skyddssovsäckar och tvångströjor) för att hindra en person att flytta sig eller från att lämna en bestämd plats.

¹ Recommendations on how to improve the legal rights and protection of adults with incapacity due to dementia, www.alzheimer-europe.org.

Det finns, som framgått, en föreskrift från 1980 från Socialstyrelsen som reglerar användningen av dessa mekaniska tvångs- och begränsningsåtgärder. Den säger dels att sängsele, sängväst eller liknande fixeringsanordning inte får användas för att hålla kvar en patient i sängen, dels att sele eller brickbord, efter läkarordination, endast får användas för att hindra en svag patient från att falla och därigenom komma till skada, dvs. endast för att möjliggöra aktivering av patienten och inte för att t.ex. hålla fast en orolig patient.

I Sverige förekommer – enligt vad som framkommit vid studiebesök på olika boenden, vid samtal med personal och ansvariga eller har dokumenterats i rapporter – sänggrindar, brickbord och bälten.

Sänggrindarna monteras på sängens långsidor för att hindra att den enskilde skadar sig genom att antingen falla ur sängen eller att gå upp ur sängen och falla senare. Sänggrindar är vanligt förekommande. I en studie² på sjukhem i Stockholms län var sänggrindar den vanligaste tvångs- eller begränsningsåtgärden. Socialstyrelsen får regelbundet anmälningar enligt Lex Maria om händelser där patienter i särskilda boenden har skadats (i några fall med dödlig utgång) efter att på olika sätt ha fastnat i sängutrustningen. I många fall har skadorna uppstått när oroliga patienter med starkt nedsatt förmåga att kommunicera lämnat eller fallit ur sängen. Enligt Socialstyrelsen är det en viktig uppgift för den (sjuksköterska) som ansvarar för patientens omvårdnad att se till att utrustningen anpassas till den enskildes behov. Särskilt viktigt är att väga nyttan mot risken med att använda sänggrind i det enskilda fallet³.

Brickborden monteras med hakar på stolens armstöd och det krävs ett dubbelgrepp för att lossa bordet. Det primära syftet med bordet är att förhindra att den enskilde skadar sig antingen genom glida ur stolen, om han eller hon har svårigheter att sitta upp på egen hand, eller genom att resa sig ur stolen och falla. Bälten (som förekommer fast monterade i rullstolar eller som lösa bälten) är ett alternativ till brickbord och används för samma syften.

I diskussionen nämns också olika alternativa hjälpmedel för att nå samma säkerhet utan att utöva tvång och begränsning mot den enskilde. Som ett alternativ till sänggrindar nämns ofta sängar som kan sänkas till en sådan höjd att den enskilde kan ta sig ur utan att skada sig. De sängar som nu finns på marknaden är som regel

² Fysiska begränsningsåtgärder inom särskilda boenden i Stockholms län. Äldrecentrum 2001:11.

³ RiskRonden (Socialstyrelsens publikation för redovisning och analys av riskhändelser i hälso- och sjukvården), 1998:15.

elektriskt höj- och sänkbara mellan cirka 80 och cirka 25 centimeter från golvet samt utrustade med integrerade sänggrindar av trä (högre grindar av metall finns som tillbehör) och kostar i storleksordningen 10 000–15 000 kronor per styck⁴.

Som alternativ till brickbord eller bälte för personer som riskerar att glida ur stolen nämns ergonomiskt formgivna och reglerbara stolar som kan hjälpa dessa personer att sitta upp utan att behöva spännas fast.

S.k. höftskyddsbyxor (gärna kompletterade med halksockor) kan vara ett positivt alternativ till bälte eller brickbord för att förhindra fallskador. Byxorna är preparerade så att de ska skydda mot frakturer och andra skador vid fall. Kostnaden för sådana uppgår till omkring 2 000 kronor per person och år.

5.2 Fysiska tvångs- och begränsningsåtgärder

Alzheimer-europas definition:

1. Att låsa dörrar för att hindra en person att lämna ett rum eller ett uppehållsutrymme
2. Att använda händerna eller hota med att använda händerna för att hindra en person från att påbörja eller fullfölja en rörelse eller promenad

1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd⁵ anger att inlåsnings inte får ske. Ytterdörren till boendeenheten kan visserligen vara låst, men de boende måste själva kunna låsa upp den. De allmänna råden tillåter lås som det tar "... en viss tid att öppna", men däremot inte "...alltför komplicerade lås som förhindrar den äldre att öppna dörren och gå ut". Råden anger också att säkerheten kan ökas om "...en larmanordning på ytterdörren som är kopplad till personalens personsökare gör det möjligt att snabbt kunna nå personen i fråga när denne öppnar dörren."

Jag har uppfattat att frågan om låsta dörrar är ett centralt problem inom den svenska demensvården och som ofta kommer upp när begränsningsåtgärder diskuteras.

Diskussionen om låsta dörrar utgår framför allt från risker som personer löper, som har en kraftigt försämrad förmåga att orientera sig och att klara sig i trafiken, men som samtidigt har sin fysiska

⁴ Telefonuppgift från Ulla-Kerstin Leijon, Hjälpmedelsinstitutet.

⁵ SOSFS 1997:16.

förmåga kvar. Det händer relativt ofta att sådana personer går vilse och skadas på olika sätt. I Rikspolisstyrelsens statistik över polisens eftersökningar⁶ av försvunna personer för åren 2001–2003 redovisas 290 personer med demenssjukdom. Av dessa har 25 varit döda när de återfunnits eller har avlidit senare av skador de fått vid försvinnandet.

Många boenden för personer med demenssjukdom har ytterdörren låst med ett kodlås dygnet runt. Koden med fyra siffror finns angiven i klartext i närheten av dörren så att de boende ska kunna se den. Det förekommer också att ytterdörren kan öppnas med låsvred på vanligt sätt, men att vredet är försett med kupa eller att det finns ytterligare en spärr så att öppning kräver att bägge händerna utnyttjas.

Ett alternativ till att låsa ytterdörren är givetvis att någon i personalen regelmässigt följer med demenssjuka personer som vill gå ut, men på grund av skaderisker inte kan tillåtas göra det på egen hand. Det är självklart viktigt att personer med demenssjukdom får goda möjligheter till frisk luft och motion.

En mer generell förbättringsåtgärd, som i praktiken också minskar problemen med att enskilda personer vill ge sig av från särskilt boenden, är att utrusta särskilda boenden med inhägnad trädgård eller uteplatser. Det rättsliga grundproblemet med inlåsning kvarstår givetvis, men den ”fria ytan” blir större och för många personer med demenssjukdom kan det vara lugnande och tillräckligt att ha möjlighet att fritt kunna komma utomhus. Kostnaden för att – där så är möjligt – i efterhand anlägga/bygga en inhägnad uteplats beror på förutsättningarna i det enskilda fallet.

En annan situation där problem med låsta dörrar uppstår är när en person med demenssjukdom går in till andra boende i deras rum på kvällar och nätter och stör på olika sätt⁷. Det enklaste sättet att lösa problemet är givetvis att personalen låser dörrarna till rummen och på så sätt stänger den störande personen ute. Men då låser man samtidigt in de andra i sina rum, vilket måste anses som en olaglig tvångsåtgärd. Några kommuner har valt att installera s.k. hotellås på dörrarna för att lösa detta problem. Då är dörren låst utifrån men man kan enkelt öppna den från insidan genom att trycka ned handtaget. Hotellås löser dock inte hela problemet eftersom en

⁶ Rikspolisens (RPS) databas.

⁷ Eftersom de boende som regel har eget kontrakt enligt hyreslagstiftningen så är beteendet rent rättsligt att anse som hemfridsbrott, vilket närmare utvecklas i avsnittet om etik.

boende, som inte klarar att öppna utifrån måste be om hjälp för att komma in i sin egen bostad.

2. Frågor om hur man antingen med hot om handgripliga metoder eller genom att faktiskt genomföra sådana kan och får hindra personer att t.ex. lämna avdelningen eller att röra sig fritt över huvudtaget berörs inte i Socialstyrelsens författningar.

”Handgripliga” metoder kan givetvis bli aktuella i en mängd situationer i omvårdnadsarbetet. Det kan gälla situationer i anslutning till att en person vill lämna avdelningen eller enheten på egen hand och personalen vill påverka om och när det ska ske. Om personal följer en person med demenssjukdom på promenad kan många situationer uppstå när personalen kan anse sig behöva ingripa fysiskt för att förhindra att denne utsätter sig för risker att komma till skada.

Personalen kan också anse sig behöva skilja olika personer åt av olika skäl – undvika aggressivitet och minska oro i kontakterna m.m. – och då använda fysisk påverkan för att förstärka sin muntliga övertalning.

Många situationer i det dagliga omvårdnadsarbetet innebär med nödvändighet fysisk kontakt mellan personal och vårdtagare. Det gäller bl.a. i samband med uppstigning, toalett och hygien samt måltider. I dessa situationer kan uppstå ”intressekonflikter”, i vilka personalen använder händerna eller sin kropp för att genomföra vissa, som man upplever som nödvändiga åtgärder för den enskildes bästa, trots att personerna gör ett visst passivt eller aktivt motstånd. En sådan situation kan t.ex. uppstå om en person vill lämna badrummet innan tvättrutinen är klar. Personalen får då först försöka fullfölja rutinen genom att avleda, motivera och övertala. Om det inte räcker får man komplettera med fysisk kontakt och försöka leda eller förflytta personen via t.ex. handen eller armbågen. Frågan om var gränsen går mellan normal fysisk kontakt och otillåtna handgripligheter är givetvis svår att besvara generellt utan den måste relateras till enskilda personer och situationer.

Samtidigt finns det säkert en allmän uppfattning – sannolikt delvis präglad av några uppmärksammade rapporter i media om missförhållanden i äldreården under senare år – om vad som uppenbart är tvång och övervåld och som absolut inte får förekomma. Som exempel kan nämnas att personal isolerar äldre personer som bestraffning och att personal skriker, hotar, förolämpar och förnedrar äldre personer.

Vad som uppenbart kan betraktas som tvång och övervåld framgår av en aktuell dom gällande olaga frihetsberövande enligt 4 kap. 2 § 1 st BrB⁸. Tingsrätten i Västmanland dömde en vikarieanställd vårdare vid ett kommunalt äldreboende till ett års fängelse för olaga frihetsberövande. Brottet bestod i att vikarien hade lindat en livrem kring benen på en hjärnskadad man och därmed förhindrat honom från att gå upp ur sängen. Detta upptäcktes av en undersköterska efter några minuter. Hon befriade mannen från livremmen och anmälde sin kollega. Tingsrätten bedömde brottet

...som synnerligen allvarligt i det att det riktats mot en helt försvarslös människa som varit under samhällelig omsorg från en person som varit satt att handha omsorgen.

Vårdaren överklagade domen. Svea Hovrätt dömde, med ändring av tingsrättens dom, vårdaren för olaga frihetsberövande enligt 4 kap. 2 § 2 st BrB till villkorlig dom⁹.

5.3 Rörelselarm med elektroniska brickor

Alzheimer-europas definition:

Att fästa en elektronisk anordning på en person eller hans eller hennes kläder så att ett larm utlöses och personalen uppmärksammas när personen passerar en given gränslinje. Liknande utrustning kan också användas för att följa en persons rörelser och spåra honom eller henne när det bedöms nödvändigt.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd¹⁰ rubriceras dessa som individuella larm och avser larm som anbringas på personer och aktiveras av den enskilde själv, eller vid passage av en given gräns, eller av polisen efter framställning av personal när en person försvunnit och inte återfunnits på förväntad plats. Ett sådant larm förutsätter beslut av en legitimerad sjuksköterska efter samråd med föreståndaren eller annan person i ledande ställning vid boende-enheten.

Individuella larm är mycket vanligt förekommande inom äldre- och demensvården. Det vanligaste larmet, ofta benämnt trygghetslarm, är det som den enskilde själv ska utlösa i kritiska situationer.

⁸ Västmanlands tingsrätt, dom meddelad 3 maj 2005 i mål nr B 5436-04. Domen har överklagats..

⁹ Svea Hovrätt, dom meddelad 16 maj 2006 i mål B 4317-5.

¹⁰ SOSFS 1997:16.

Det är utformat som ett armbandsur och används oftast av personer som bor kvar i ordinärt boende med hemtjänst efter särskilt biståndsbeslut enligt SoL.

Inom demensvården bedöms ofta larm som den enskilde själv kan aktivera som för osäkra. Där förekommer istället olika former av personliga rörelselarm som t.ex. indikerar till personalen när den enskilde rör sig visst antal meter från sängen. Det finns också s.k. fall-larm som registrerar fall och larmar om man blir liggande.

Det förekommer också ”opersonliga” rörelselarm, t.ex. i anslutning till ytterdörrar, som varnar personalen när någon, vem som helst, av de boende, personalen eller närstående, passerar en gränslinje i närheten av dörren.

Pejl- eller sökbara rörelselarm ses av många (personal, ansvariga, närstående, polisen) som en positiv möjlighet och – för vissa personer med demenssjukdom – som ett alternativ till att hålla ytterdörren till boendet stängd. Visionen är att kunna utrusta fysiskt aktiva demenssjuka personer med en elektronisk bricka och sedan låta honom eller henne röra sig fritt. Med modern teknik skulle man då löpande eller intermittent lätt kunna identifiera personens position.

Ännu finns dock inte något sådant enkelt söksystem (som t.ex. utgår från GSM eller GPS-teknologi), som bedöms som tillräckligt säkert vad gäller drift och spårbarhet. Men landets samtliga polisdistrikt (utom Gotland) har upphandlat och använder ett pejl-system med nödsändare, för att underlätta eftersökningen av bland andra personer med demenssjukdom. Personerna utrustas med en sändare, i form av ett armbandsur, som polisen kan aktivera på begäran av personal. Med en pejlutrustning kan polisen sedan alternativt med bil, helikopter eller till fots snabbt ringa in och söka av det område där personen befinner sig. Chansen att hitta personen i tid ökar väsentligt samtidigt som polisens och samhällets kostnader för eftersökningen minskar kraftigt.

Polisen har kunnat aktivera nödsändare vid 97 av de 290 eftersökningarna, som tidigare refererats, av personer med demenssjukdom under åren 2001 till och med 2003. Av de totalt 25 personer som avled i samband med försvinnandet var endast en utrustad med nödsändare. Ett uppmärksammat¹¹ dödsfall inträffade dock i januari 2006 i Lerum där en äldre dement kvinna hittades först åtta timmar efter att nödsändaren aktiverats. Länspolis-

¹¹ Rapporteras bl.a. i Dagens Eko den 12 januari 2006.

mästaren i Västra Götaland har beordrat en utredning av de närmare omständigheterna.

I december 2005 hade kommunerna och landstingen tillsammans tecknat 373 abonnemang (à cirka 700 kronor per månad) på nödsändare. Polisen bedömer att behovet i landet motsvarar i storleksordningen 2 000–3 000 abonnemang. Man antar att förklaringen till att inte fler abonnemang var tecknade dels är priset och dels att det råder oklarhet om vem (kommunen, landstinget eller närstående) som ska betala.

5.4 Videoövervakning

Alzheimer-europas definition:

Använda videoutrustning för att observera och övervaka speciella utrymmen som t.ex. dagrum, korridorer, områden vid entrédörrar m.fl.

Frågan om videoövervakning har inte kommit upp under utredningsarbetet. Den metoden nämns inte heller i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Sannolikt dels därför att de tekniska möjligheterna är av ganska sent datum och dels därför att videoövervakning av patienter och boende framstår som oetiskt inom äldreården. Inom sjukvården förekommer dock videoövervakning av bl.a. patienter som utreds för sömnproblem med medicinska komplikationer, s.k. sömnapné¹².

Hjälpmiddelsinstitutet har utvecklat ett system där den demenssjuke med hjälp av en videokamera enklare ska kunna se vad som sker bakom en stängd dörr, t.ex. en ytterdörr¹³. Tekniken finns sålunda redan tillgänglig inom demensvården. Dessutom, som jag utvecklar i avsnitt 7.4.2 om hjälpmedel och framtiden, så pågår det en omprövning och förändring av den allmänna synen i samhället på övervakning och etik. Denna förändring kan också påverka synen på videoövervakning inom demensvården.

¹² Telefonuppgift från Lars Asterborg, expert på medicinteknik vid Socialstyrelsen.

¹³ Personer med demenssjukdom har ofta problem att kunna utnyttja vanliga s.k. "titt-hål" i ytterdörrar därför att perspektivet blir förvrängt och bilden svårtolkad.

5.5 Passiva larm

Alzheimer-europas definition:

Att använda elektroniska tryckdynor (t.ex. under madrasser eller mattor), infra-röda alarm och elektroniska ljudövervakare för att signalera en persons närvaro eller rörelser till personalen.

Denna typ av larm kan kallas passiva därför de inte förutsätter att den demenssjuke bär en sändare av typ elektronisk bricka eller dylikt. De är mycket vanligt förekommande i särskilda boenden och finns dessutom i ordinärt boende i 60 till 70 procent av kommunerna¹⁴. Vanligast är sannolikt den s.k. larmmattan som placeras framför sängen och som ska signalera till personalen när en person stiger upp. Samma funktion har den s.k. sängvakten, ett larm som placeras under lakanet och larmar när personen lämnar sängen. Både larmmattan och sängvakten kan ställas in så att larmet går efter vald tidsfördröjning.

Hur passiva larm kan användas och vem som beslutar regleras inte i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsen har dock i samband med rapporterade riskhändelser i sjukvården till följd av felaktiga och uteblivna larm varnat för att patientsäkerheten kan riskeras om vårdgivaren har överdrivna förväntningar på larmens funktioner och tillförlitlighet. Larmutrustning kan vara ett komplement till personalens tillsyn, men aldrig helt ersätta den mänskliga övervakningen¹⁵.

5.6 Medicinering som tvångs- och begränsningsåtgärd

Alzheimer-europas definition:

Att använda sövande eller lugnande mediciner enbart för att påverka eller behandla symptom på rastlöshet eller stört beteende såsom det uppfattas av andra (dvs. inte för att behandla rastlöshetens eller beteendets underliggande orsaker).

Det är väl känt att överförskrivning av lugnande mediciner av olika slag allmänt sett är ett mycket stort problem i behandlingen av äldre. Behovet av att förskriva lugnande mediciner till personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom med syfte

¹⁴ I Demensenkäten 2002 tillfrågades kommuner och landsting bl.a. om vilka hjälpmedel man tillhandahåller för personer med demens i ordinärt boende.

¹⁵ RiskRonden, information om risker inom hälso- och sjukvården, 2004:04.

att skydda dem själva eller andra från skada har vid några tillfällen kommit upp vid utredningens kommunkontakter. Att det förekommer och hur problemet kan yttra sig framgår av den fallbeskrivning som jag redovisar i avsnitt 8.4.1 om tvångsåtgärder och etik.

Jag har dessutom förstått att personal ibland tillgriper medicinering för att dämpa eller lugna en patient som kraftigt stör och oroar sina medpatienter t.ex. genom ett utpräglat så kallat skrikbeteende. Personalen beskriver dilemmat i sådana situationer som att hänsynen till en patient och dennes självbestämmande ställs mot omsorgen om övriga patienters rätt till en lugn och säker vård- och omsorgsmiljö. De tillgängliga alternativen för att på kort sikt hantera en ohållbar situation kan då upplevas vara att antingen ge medicin till den patient, som genom sitt beteende skapar den oroliga situationen, eller till övriga patienter på avdelningen. Det kan gälla 8–9 personer som på grund av störningen blivit kraftigt oroad och förvirrade och snabbt behöver tas om hand och lugnas.

5.7 Sambandet mellan skaderisker, tvångs- och begränsningsåtgärder och hjälpmedel

I nedanstående tabell redovisar jag schematiskt hur jag uppfattar huvuddragen i redovisningen av och diskussionen om tvångs-/begränsningsåtgärder i Sverige.

Schema skaderisk – åtgärd – hjälpmedel

Skaderisk	Åtgärd	Hjälpmedel	Anmärkning
Den demenssjuke (DD) vill lämna boendet med risk för att gå vilse, förfrysas, skadas i trafiken, utnyttjas m.m.)	1) Försvara/ fördröja DD:s passage genom ytterdörr så att personal hinner dit och avleda	– Kodlås på ytterdörr – Dubbla dörrgrepp; kåpa	Mycket vanligt på demensboenden m.m. Förekommer
	2) Personalen varskos i förväg	– Larm (rörelse-) till personal när DD närmar sig ytterdörr	Vanligt
	3) Låta DD gå ut genom ytterdörren	– Bygg/anlägg uteplats/trädgård etc. med staket och stängd grind – Personal följer med DD	DD kommer utomhus, vilket ibland räcker (är vad han vill). Förutsätter tillräcklig bemanning. Vanligt
	4) Låta DD lämna boendet ensam	– DD går fritt men har nödsändare som alla polismyndigheter (utom Gotland) har utrustning för att pejla	December 2005 finns 373 abonnemang å 700 kr/månad tecknade i landet. Stort problem vem som ska betala
DD går upp ur sängen med risk för att falla och skada sig	1) Hindra DD från att gå upp ur sängen	– Montera sänggrindar	Mycket vanligt
	2) Skydda från fallskada	– Säng som kan sänkas	Mycket vanligt
	3) Larm till personal om att DD går upp ur sängen	– Larmmatta vid sängen; – Fall-larm; – Rörelselarm i sovrummet;	Mycket vanligt Vanligt
DD reser sig från sittande till stående med risk för att falla och skada sig	1) Hindra DD från att resa sig	– Bälte som håller DD kvar i stol; – Brickbord som håller DD kvar i stol;	Vanligt Vanligt
	2) Låta DD resa sig men förebygga skada	– Höftskyddsbyxor (och halksockor)	Kostnad cirka 700–1 000 kronor/paret. Vanligt?
DD glider ur stolen och riskerar att skada sig	1) Hindra DD från att glida ur stol	– Bälte som håller DD kvar i stol; – Brickbord som håller DD kvar i stol; – (Individuellt) ergonomiskt utformad stol som håller DD på plats	Vanligt Vanligt
	2) Inte hindra men förebygga skada	– Höftskyddsbyxor (och halksockor)	
DD går in i medboendes rum nattetid och stör	Hindra DD från att gå in (utan att låsa inne den medboende)	S.k. hotellås som låser utifrån men ej från insidan	Vanligt

6 Forskning om skydds- och tvångsåtgärder

I detta avsnitt redovisas en sammanställning av relevant forskning, svensk och internationell, som docent Stig Karlsson, Institutionen för geriatrik vid Umeå universitet, har gjort på utredningens uppdrag. Stig Karlsson svarar själv för urval, tolkning och slutsatser.

En grundläggande fråga i vården och omsorgen av äldre personer med nedsatt beslutsförmåga är hur man tillförsäkrar dem en trygg boende- och vårdmiljö utan att kränka deras grundlagsskyddade fri- och rättigheter.

Ett betydande problem inom särskilda boenden för äldre personer är risker för fallskador. Man beräknar att cirka 60 procent av de äldre i särskilda boenden råkar ut för minst ett fall per år. Exempel på sådana riskhändelser kan vara fall ur sängar, ur rullstolar och sittmöbler och att snubbla på trösklar och mattor. Även om flertalet fallolyckor inte leder till svåra men för den äldre, kan konsekvenserna bli betydande. Han eller hon kan t.ex. få sårskador, hjärnskakning och frakturer.

I omvårdnaden av personer med demenssjukdom kan också situationer uppstå som kan leda till allvarliga konsekvenser för den äldre personen och omgivningen. Det gäller t.ex. om det finns risk för att han eller hon lämnar avdelningen eller har ett beteende som gör att han eller hon kan skada sig själv eller någon i sin omgivning.

6.1 Förekomst av fysiska begränsningsåtgärder

Det är vanligt att fysiska begränsningsåtgärder används för att förebygga skador och olyckor bland äldre patienter¹. Fysiska begränsningsåtgärder kan definieras som en mekanisk anordning som inskränker rörelsefriheten², exempel är inlåsning, sänggrindar,

¹ Evans & Strumpf, 1989, Karlsson et al., 1999.

² Covert et al., 1977.

selar, bälten, brickbord och speciella stolar som låser fast patienten³.

Forskning om tvångsåtgärder har visat att mellan tjugofem och fyrtiotre procent av de äldre i särskilda boenden är föremål för fysiska begränsningsåtgärder⁴.

Resultaten från studier av äldreomsorg i Västerbotten visar att var fjärde person i särskilda boenden är föremål för fysiska begränsningsåtgärder⁵. Den högsta förekomsten redovisas inom sjukhemsvård och i gruppboenden för personer med demenssjukdom, trettiosex respektive tjugotvå procent.

Resultaten av forskning inom äldreomsorg i Norge redovisar liknande förekomst av begränsningsåtgärder. Trettiosju procent av dem som vårdas inom sjukhemsvård är föremål för tvångsåtgärder och fyrtiofem procent inom särskilda vårdenheter för personer med demenssjukdom⁶.

I den kartläggning som gjorts i Västerbotten av hur fysiska begränsningsåtgärder används framkommer att bälten och brickbord som fixeras framför personen är de vanligaste åtgärderna. Vidare framkommer att en majoritet av dem som är föremål för begränsningsåtgärder har varit detta under lång tid. Mer än hälften har varit föremål för åtgärderna under senaste halvåret.

I särskilda boenden för äldre används ibland också tekniska lösningar såsom larm för att skydda från skada. Larm kan indelas i två typer, generella och individuella. Generella larm utgörs oftast av passagelarm. Så t.ex. kan ett larm på ytterdörren kopplas till personalens personsökare, så att de uppmärksammar om en person lämnar boendet och behöver tillsyn. Exempel på individuella larm för att förhindra fall och skada är larmmatta, sängvakt samt rörelsevakt. Vidare finns individuella larm som anbringas på personen och som aktiveras av polisen efter framställning av personal när personen har försvunnit och inte återfunnits på förväntad plats, ett så kallat nödlarm.

En studie i Norge visar att cirka en procent av dem som vårdas på sjukhem övervakas elektroniskt, medan cirka sex procent av de äldre inom gruppboenden för demenssjuka har denna typ av övervakning⁷.

³ Powel et al., 1989.

⁴ Evans & Strumpf, 1989; Karlsson et al., 1996; Tinetti et al., 1991.

⁵ Karlsson et al. 1996.

⁶ Kirkevold et al, 2004.

⁷ Kirkevold et al. 2004.

6.2 Faktorer som påverkar användandet av fysiska begränsningsåtgärder

Forskningen visar på ett klart samband mellan hur ofta fysiska begränsningar används och patientens ålder och kognitiva nivå. Studier av särskilda boenden för äldre har visat att nio av tio som är föremål för begränsningar i sin rörelsefrihet, har en demenssjukdom. Vidare har man visat att dessa personer har ett mycket stort omvårdnadsbehov och dålig motorisk förmåga⁸. Det innebär att de i hög grad är beroende av vårdpersonalen för att klara sitt dagliga liv.

6.3 Kunskap och attityder

Omvårdnadspersonalen ställs ofta inför situationer där de har att ta ställning till hur de kan skydda de personer de har att vårda. Personalen upplever det ofta som konfliktfyllt att använda skyddsåtgärder som begränsar den vårdbehövandes frihet⁹. Vad kan och får man göra? När glider skyddsåtgärder över till att bli tvångsåtgärder? Vem beslutar?

Studier visar att det finns en allmänt negativ inställning bland vårdpersonalen till att använda fysiska begränsningsåtgärder i vården av äldre. Samtidigt uttrycker de att de saknar alternativa åtgärder¹⁰. En liknande uppfattning finns hos närstående, som också ofta tror att fysiska begränsningsåtgärder är det enda sättet att skydda mot fall¹¹. I litteraturen finns beskrivet att vårdpersonal ofta lämnas att själva ta ställning till de konfliktfyllda situationer som kan uppstå i valet mellan begränsningsåtgärder och frihet¹².

Vidare visar forskare¹³ att personalen upplever stor osäkerhet om vilka risker man kan tillåta, innan begränsningsåtgärder måste sättas in.

Studier visar också att vårdpersonalen har bristande kunskaper om reglerna för hur och när begränsningsåtgärder får användas¹⁴. En annan studie har visat att personalens kunskaper och inställning till reglerna om begränsningsåtgärder skiljer sig åt på avdelningar

⁸ Karlsson et al., 1996.

⁹ Strumpf & Evans 1988, Blakeslee, J.A. 1988, Emil, S. 1990.

¹⁰ McHutchion, E., Morse J.M., 1989, Karlsson et al, 1998.

¹¹ Kanski et al 1996.

¹² Mattiasson & Andersson, 1995.

¹³ Hantikainen och Kappelis (2000).

¹⁴ Karlsson et al, 1998.

som ofta använder respektive på avdelningar som inte använder sådana¹⁵.

6.4 Miljöns betydelse för förekomst av fysiska begränsningsåtgärder

I forskningslitteratur uttrycks en hypotes om att riskhändelser och skador kan förebyggas utan begränsningsåtgärder om vårdmiljön är utformad så att personalen ges möjlighet att ha överblick och adekvat tillsyn över de äldre och funktionshindrade. Men idag saknas i stor utsträckning studier med syftet att undersöka vårdmiljöns betydelse för förekomsten av fysiska begränsningsåtgärder i omvårdnaden av äldre. Det finns bara ett fåtal sådana studier redovisade i den internationella litteraturen och resultaten från dessa är inte överensstämmande. Det finns studier som inte redovisar något samband alls mellan enhetens utformning och storlek och hur många äldre som man spämt fast på olika sätt, medan andra studier finner lägre förekomst av fysiska begränsningsåtgärder på mindre enheter¹⁶.

6.5 Positiva och negativa effekter av fysiska begränsningsåtgärder

Forskningslitteraturen redovisar som eventuella positiva effekter av fysiska begränsningsåtgärder i vården av äldre, att dessa kan förebygga fallolyckor och förhindra oroliga patienter från att störa medicinsk behandling, exempelvis droppbehandling. Det anges också att åtgärderna kan bidra till att aktivera dem som inte klarar av att sitta uppe utan stöd och till att skydda andra patienter och personal när en person har ett aggressivt beteende. Det saknas dock vetenskapliga studier som systematiskt har undersökt och utvärderat om fysiska begränsningsåtgärder verkligen har dessa tänkbara positiva effekter.

Säkerhetsaspekten och rädslan för att den äldre ska ramla och skada sig är genomgående den röda tråden i all forskning avseende fysiska begränsningsåtgärder¹⁷.

¹⁵ Karlsson et al, 2001.

¹⁶ Castle, 1998, Retsas, 1998, Tinetti et al. 1991.

¹⁷ Cali et al 1995, Karlsson et al., 1997, Janelli, 1991, Strumpf et al., 1988.

Flera vetenskapliga studier visar emellertid att användningen av fysiska begränsningsåtgärder inte självklart förebygger fall¹⁸. I en studie¹⁹ konstateras att det endast finns ett svagt samband mellan uppskattad fallrisk, tidigare fall och användningen av fysiska begränsningsåtgärder.

I detta sammanhang är det intressant att hänvisa till resultat²⁰, som visar att minskat bruk av begränsningsåtgärder i praktiken inte har inneburit flera fallskador. Det finns till och med studier som visar att risken för fall och svårare skador, som kan få dödlig utgång, ökar när man använder fysiska begränsningsåtgärder²¹.

Fysiska begränsningsåtgärder har också visat sig orsaka andra typer av såväl direkta skador – som t.ex. nervskador, asphyxiation (syrebrist i hjärnan) och plötslig död – som indirekta skador som t.ex. trycksår, fall, ökad vårdtid, inkontinens, försämrad mobilitet (rörlighet), infektioner, oroligt beteende, försämrad kognition, sämre förmåga till social interaktion, ökad desorientering, ett ökat beroende och ökad mortalitet²². Utöver ovanstående skador anges²³ muskelstelhet, minskad eller försämrad cirkulation, obstipation (förstoppning), kontrakturer (rörelseinskränkning i leder), benskörhet och minskad metabolism (försämrad ämnesomsättning). Begränsningsåtgärder har även en negativ psykologisk påverkan på en skör äldre person och hotar dennes värdighet. En förvirrad äldre person som blir föremål för en fysisk begränsningsåtgärd kan bli ännu mera förvirrad vilket kan leda till aggressivitet och panikattacker.

6.6 Fysiska begränsningsåtgärder ur ett etiskt perspektiv

Fysiska begränsningsåtgärder inom äldre vården har debatterats mycket under de senaste åren och har starkt ifrågasatts dels ur ett etiskt perspektiv²⁴, dels därför att deras effekter anses tveksamma²⁵. Åtgärder som innebär frihetsberövande kan upplevas som mycket kränkande av dem som utsätts.

¹⁸ Capezuti, et al., 2002, Evans et al., 1997.

¹⁹ Karlsson et al. (1997).

²⁰ Evans och Fitzgerald (2002).

²¹ Dunbar et al., 1997, Dunn, 2001, Neufeld et al., 1999, Tinetti et al., 1992, WHO, 2004.

²² Emil, 1990, Evans et al, 2003.

²³ Brower (1991).

²⁴ Strumpf & Evans, 1991, Moss & La Puma, 1991.

²⁵ Tinetti et al., 1992, Capezuti et al, 1996.

En fråga som diskuteras i litteraturen gäller hur man kan bedöma när en fysisk begränsning för en patient övergår från att vara en skyddsåtgärd till att bli en tvångsåtgärd. Det är t.ex. inte självklart att frånvaron av fysiska begränsningar är detsamma som god omvårdnad om en konsekvens blir att patienten tvingas till permanent sängläge med alla dess negativa följder. En viktig utgångspunkt för dessa ställningstaganden är dock personalens förmåga till att bedöma patientens upplevelse av den fysiska begränsningen.

Studier har visat att vårdpersonal ofta upplever att de hamnar i etiska dilemman i samband med fysiska begränsningsåtgärder²⁶. De uttrycker att de ofta hamnar i situationer där valet står mellan att respektera patientens egen vilja (autonomi) eller att handla utifrån vad som de anser är bäst för patienten. Vårdpersonalen uttrycker också att de i dessa situationer har att väga vad de anser vara bäst för patienten mot de skyldigheter som de upplever att de har gentemot andra patienter, närstående, kollegor, arbetsgivaren samt lagar och förordningar som reglerar vården. Studier har också visat att det ofta är situationen "här och nu" som är avgörande för de faktiska besluten om begränsningsåtgärder, som t.ex. den aktuella arbetsbelastningen och personaltätheten.

Äldre personer, som blir föremål för begränsningar i rörelsefriheten, kan uppleva detta som tvång och det kan då starkt påverka deras upplevelse av integritet och livskvalitet. Det finns alltid en risk att personer med demenssjukdom inte förstår innebörden i och avsikten med en åtgärd som begränsar rörelsefriheten. I de fall begränsningsåtgärder används, är det därför av stor vikt att konsekvenserna av åtgärden i sig utvärderas regelbundet samt att man löpande omprövar de medicinska förutsättningarna för att den ordinerats. Innan fysiska begränsningsåtgärder sätts in så bör personen utredas vad gäller bakomliggande faktorer som kan förklara symtom eller beteende. Inför besluten om begränsningsåtgärder bör det också beslutas om hur negativa effekter av begränsningen i rörelsefriheten kan minimeras. Vidare är det av stor vikt att fysiska begränsningsåtgärder inte används som en ersättning för vårdpersonal i vården av äldre.

²⁶ Quinn, 1993.

6.7 Åtgärder för att påverka förekomst av fysiska begränsningsåtgärder

Det finns bara få s.k. interventionsstudier genomförda inom äldre-vården som helhet med syfte att påverka faktorer som är relaterade till förekomst av fysiska begränsningsåtgärder²⁷. Det saknas fortfarande sådana kontrollerade studier på effekter av olika interventioner när det gäller hur fysiska begränsningsåtgärder används i vården av personer med demenssjukdom.

Det finns en granskning av sexton vetenskapliga studier med syftet att minska användningen av fysiska begränsningsåtgärder inom olika vårdformer²⁸. Interventionerna i studierna varierar. Det handlar t.ex. om att förändra avdelningens policy, genomföra utbildningsprogram, införa konsultation och fokusgrupper. Fjorton av dessa studier visar att användningen av fysiska begränsningsåtgärder minskat ända ner till noll procent, en studie kunde inte visa på någon förändring efter interventionen och en studie visade att antalet fysiska begränsningsåtgärder rent av hade ökat.

²⁷ Neufeld et al 1999, Evans et al 1997.

²⁸ Evans et al, 2002.

Referenser

- Blakeslee, J.A. (1988). Speaking out. Untie the elderly. *Am-J-Nurs*, 88, 833-4.
- Brower, HT. The alternatives to restraints. *J-Gerontol-Nurs*, 1991;17:18-22.
- Cali, M. & Kiel, P. An epidemiological study of fall-related fractures among institutionalized older people. *J-Am-Geriatr-Soc* 1995;43:1336-40.
- Capezuti, E., et al. Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *J-AM-Geriaatr-Soc* 2002;50:90-96.
- Capezuti, E., Evans, L., Strumpf, N. & Maislin, G. (1996). Physical restraint use and falls in nursing home residents. *J-Am-Geriatr-Soc*, 44, 627-33.
- Castle NG, Fogel B. Characteristics of nursing homes that are restraint free. *Gerontologist*. 1998 Apr;38(2):181-8.
- Covert, A.B., et al. The use of mechanical and chemical restraints in nursing homes. *J-Am-Geriatr-Soc*, 1977;25:85-9.
- Dunbar, JM. et al. Taking charge. The role of nursing administrators in removing restraints. *JONA*, 1997;27:42-8
- Dunn, K. The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalized. *J-Geront-Nurs*, okt 2001:41-48.
- Emil, S. (1990). Restraint is needed in our use of patient restraints. *Can-Med-Assoc-J*, 143, 1221-5.
- Evans, D. , et al. A review of physical restraint minimization in the acute and residential care setting. *J-Adv-Nurs*, 2002;40:616-625.
- Evans, D. Et al. Patient injury and physical restraints devices: a systematic review. *J-Adv-Nurs*, 2003;41:274-282.
- Evans, D., Fitzgerald, M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies* 39, 735-743.
- Evans, L.K. & Strumpf, N.E. (1989). Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. *J-Am-Geriatr-Soc*, 37, 65-74.
- Evans LK, Strumpf NE, Allen Taylor SL, et al. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *J-Am-Geriatr-Soc* 1997;45(6):675-81.
- Hantikainen, V., Kappeli, S. (2000). Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (5), 1196-1205.

- Janelli, LM. What nursing staff members really know about physical restraints. *Rehabil-Nurs* 1991;16:345-8.
- Kanski GW, Janelli LM, Jones HM, Kennedy MC. Family reactions to restraints in an acute care setting. *J-Gerontol-Nurs* 1996;22(6):17-22.
- Karlsson, S. Physical restraint use in the care of elderly patients. Umeå University medical dissertations, Department of Community Medicine and Rehabilitation, Geriatric Medicine and Department of Nursing, 1999.
- Karlsson, S. & Sandman, P.O. Fysiska begränsningar inom äldreomsorgen före respektive efter äldreformen. *Vård, Språk*, 1998;1:96-104.
- Karlsson, S., Bucht, G., Eriksson, S. & Sandman, P.O. (1996). Physical restraints in geriatric care in Sweden: prevalence and patient characteristics. *J-Am-Geriatr-Soc*, 44, 1348-54.
- Karlsson, S., Nyberg, L. & Sandman, P. (1997). The use of physical restraints in elder care in relation to fall risk. *Scand J Caring Sci*, 11, 238-242.
- Karlsson S, Bucht G, Sandman PO. Physical restraints in geriatric care: knowledge, attitudes and use. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 12:48-56, (1998).
- Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Journal of American Geriatrics Society*.2001;49:1722-1728.
- Kirkevold Ö, Sandvik L, Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004 Oct;19(10):980-8.
- Kirkevold O, Engedal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci*. 2004 Sep;18(3):281-6
- Mattiasson, A-C. & Andersson, L. (1995). Nursing home staff's attitudes to ethical conflicts with respect to patient autonomy and paternalism. *Nursing Ethics*, 2, 113-128.
- McHutchion, E. & Morse, J.M. (1989). Releasing restraints--a nursing dilemma. *J-Gerontol-Nurs*, 15, 16-21.
- Moss, R.J. & La Puma, J. (1991). The ethics of mechanical restraints. *Hastings-Cent-Rep*, 21, 22-5.
- Neufeld R, Libow I, Foley W, Dunbar J, Cohen C, Breuer B. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *Journal of American Geriatrics Society*, 47:1202-1207, 1999.

- Powell, C., Mitchell Pedersen, L., Fingerote, E. & Edmund, L. (1989). Freedom from restraint: consequences of reducing physical restraints in the management of the elderly. *Can-Med-Assoc-J*, 141, 561-4.
- Quinn, CA. (1993). Nurses perceptions about physical restraints. . *Western Journal of Nursing Research*, 15,148–158.
- Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud*. 1998 Jun;35(3):184-91
- Stumpf, NE. & Evans, LK. Physical restraint of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses. *Nurs-res*, 1988;37: 132-7.
- Strumpf, N.E. & Evans, L.K. (1991). The ethical problems of prolonged physical restraint. *J-Gerontol-Nurs*, 17, 27–30.
- Tinetti, M.E., Liu, W.L. & Ginter, S.F. (1992). Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann-Intern-Med*, 116, 369-74.
- Tinetti, M.E., Liu, W.L., Marottoli, R.A. & Ginter, S.F. (1991). Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities. Prevalence, patterns, and predictors. *JAMA*, 265, 468-71.
- World Health Organization 2004. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? How should interventions to prevent falls be implemented? HEN-report March 2004.

7 Utveckling inom hjälpmedelsområdet

Det finns två perspektiv på teknologi för personer med demenssjukdom; dels fokus på personen och vilket stöd teknologin kan ge honom eller henne dels fokus på teknologin som sådan och dess möjligheter (t.ex. ”smarta hus”). Dessa två perspektiv måste gå hand i hand för att utvecklingen ska gå i positiv riktning. Den etiska diskussionen har stor betydelse som garant för att personens behov och inte teknikutvecklingen får styra. Ett nära samarbete behövs mellan kunniga inom demensområdet, teknikutvecklare och ansvariga på hjälpmedelsföretagen.

7.1 Lättare att utveckla hjälpmedel för kontroll än för att stödja den demenssjuke i sitt dagliga liv

Kan teknologi vara ett stöd i vardagen för personer med demenssjukdom och deras närstående? Åsikterna bland patienter, närstående och berörda yrkesgrupper går isär och trots den starka utvecklingstrenden inom hjälpmedelsområdet finns få utvärderingar av hjälpmedelsanvändning bland personer med demenssjukdom.

Demenssjukdomen begränsar den sjukes möjligheter att själv använda hjälpmedel. För att en person med demenssjukdom själv ska kunna förändra sitt sätt att klara av dagliga aktiviteter t.ex. med hjälp av hjälpmedel i hushållet krävs bibehållen kognitiv och s.k. processförmåga. Demenssjukdomen innebär redan i tidigt stadium starkt begränsade möjligheter för den sjuke att använda hjälpmedel. Många hjälpmedel kräver förmåga till nyinlärning och symboliskt tänkande som kan utgöra avgörande hinder för personer med demenssjukdom, förutom att många helt enkelt glömmer bort att använda hjälpmedlet. Hjälpmedlet kan alltså oftast inte ersätta stöd av en annan person.

Det finns däremot långt fler möjligheter för närstående att använda hjälpmedel i vården och på så sätt underlätta för den sjuke att bo kvar hemma. Den teknologi som framför allt finns idag riktar sig till omgivningen och är utvecklad för att förhindra olycksfall och underlätta för närstående och vårdare. Det finns få hjälpmedel framtagna för att underlätta för en person med demenssjukdom i dennes aktiviteter¹.

7.2 Utvecklingen inom hjälpmedelsområdet

7.2.1 EU-projekt om hjälpmedel för demenssjuka

ENABLE² var ett EU-projekt under åren 2001 till 2004 där Storbritannien, Irland, Lettland, Finland och Norge samarbetade i syfte att undersöka om teknologi kan hjälpa personer med demenssjukdom utifrån filosofin att teknologi kan ge dessa en möjlighet att kompensera nedsatta förmågor och färdigheter. Man har sett positiva effekter av t.ex. elektroniska kalendrar som markerar dag och natt; automatiska lampor som tänds och släcker när personen går upp ur sängen; automatisk avstängning av vattenkranar när vattnet når viss nivå; automatisk avstängning av spis samt bildgrammofoner från vilka personerna kan lyssna på sin favoritmusik.

7.2.2 Hjälpmedelsinstitutets (HI) projekt "Teknik och demens"

Projektet³ startade 2003 och ska under tre år arbeta för att öka användningen av teknik för personer med demens. För att visa teknik som finns och hur den fungerar i sitt sammanhang har HI inrättat Smart Lab, en demonstrationslägenhet för utveckling av ett tryggare boende. Funktioner som man nu kan demonstrera är bl.a. att med fjärrkontroller av olika slag tända och släcka belysning, dra för och från gardin samt låsa upp och låsa ytterdörr.

Systemet känner också av olika funktioner och tillstånd som t.ex. om belysningen är tänd, om ytterdörren är öppen eller om vattnet rinner i köket.

¹ Rapport 19 i projektet Äldre och Folkhälsa, Nygård (2000).

² www.enableproject.org.

³ Projektledare Ingela Månsson, Hjälpmedelsinstitutet, www.hi.se.

I SmartLab finns också ett trygghetssystem för närstående som är tänkt att användas i hemsjukvården av en man eller en kvinna vars partner drabbats av demenssjukdom eller av ett annat funktionshinder. Den klockliknande vibratorn fästs på handleden. En rörelsevakt startar pulserande vibrationer om den som vårdas är på väg ut eller lämnar sängen. Systemet innehåller bl.a. klocka, rörelsevakt, kuddvibrator och laddare. Det behöver inte några avancerade installationer och kan flyttas och tas med på resan.

7.2.3 Karolinska Institutet utvärderar nytt system för kognitivt stöd

Det har utvecklats ett nytt IT-baserat system och en metod för kognitivt stöd för t.ex. personer med demenssjukdom. Stödet till brukaren ges genom inspelat tal, talsyntes, text, bilder eller på annat sätt som är lämpligt för brukaren. Systemet kan bl.a. användas till att anpassa den fysiska miljön runt brukaren till dennes behov, omgivningskontroll och som ett trygghets- och säkerhetssystem där meddelanden och larm kan skickas till närstående eller vårdgivare för att varna när brukaren är i en ovan eller farlig situation.

Sektionen för arbetsterapi vid Karolinska Institutet arbetar sedan hösten 2004 med att undersöka hur systemet kan användas för människor som har nedsatt kognitiv förmåga, t.ex. vid olika hjärnskador och vid demenssjukdom. Diskussioner om systemets användning och etiska frågor i sammanhanget ingår i utbildningen av nya arbetsterapeuter⁴.

7.3 Oklart om kostnadsansvar för hjälpmedel

Sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att tillhandahålla hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen. Kommunernas skyldighet gäller särskilt boende och hemsjukvård i ordinärt boende när kommunen är huvudman. Resten ansvarar landstingen för. I praktiken ansvarar landstingen för hjälpmedel för syn, hörsel och ortopedi medan ansvaret för kognitiva hjälpmedel och hjälpmedel för rörelsehindrade är delat mellan huvudmännen.

⁴ www.neurotec.ki.se.

Samhällets kostnader för hjälpmedelsverksamheten beräknas uppgå till minst 6 miljarder kronor årligen. Äldre personer står för minst 70 procent av hjälpmedelsanvändningen.

Situationen med två huvudmän, brukare och närstående samt tre lagar (SoL, HSL och lagen om bostadsanpassning) innebär att det finns utrymme för olika tolkningar och praxis.

En rapport⁵ från Hjälpmedelsinstitutet visar att det finns stora skillnader mellan huvudmännen både när det gäller vilka hjälpmedel som erbjuds och avgifternas storlek. Exempelvis kan utprovning av hörapparat vara kostnadsfri i ett landsting, men kosta 500 kronor i ett annat. I något landsting får många patienter betala sin rullator själv, medan den i andra landsting är avgiftsfri. Dessutom framgår att allt fler åtgärder blir avgiftsbelagda och att många av avgifterna inte ingår i högkostnadsskyddet.

Många huvudmän har på senare år infört egenansvar för hjälpmedel. Det betyder att patienten själv får köpa produkter som finns i allmän handel eller som normalt finns i alla hushåll. Landstinget eller kommunen betalar bara sådana hjälpmedel som kräver medicinsk kompetens för att prova ut och anpassa, eller som inte finns allmänt tillgängliga.

Enligt rapporten måste många aspekter diskuteras: Hur kan reglerna för hjälpmedel bli mer enhetliga? Hur stora skillnader är acceptabla? Vilka slags hjälpmedel kan betraktas som egenvård och vad bör samhället stå för? Hur bör vi se på hjälpmedel i relation till andra samhällsinsatser både ur ett individuellt och ur ett samhälls-ekonomiskt perspektiv?

7.4 Teknologiska hjälpmedel och etik

7.4.1 Samtycker personen med demenssjukdom till teknologin?

Vem har egentligen nytta av teknologin? Det är oftare omgivningen än personen med demenssjukdom. Oroliga närstående kan vara intresserade och hjälpta av ett larm liksom företaget som tillverkar och vill sälja sådana. Hur kan vi veta att personen med demenssjukdom samtycker till teknologin? Samtycket ska vara frivilligt och personen ska få tillräckligt med information för att

⁵ Förändringar av landstingens och kommunernas regelverk och förskrivning av hjälpmedel, Hjälpmedelsinstitutet 2005.

kunna besluta. För personer med demenssjukdom måste det alltid finnas balans mellan "påtvungad" vård och egna val och beslut. Det finns t.ex. personer som föredrar ett passivt larm istället för att personal kommer in i sovrummet och tittar till flera gånger under natten. Å andra sidan kan inte ett larm torka tårar eller hålla en hand.

Är säkerhet viktigare än privatliv, eget val och värdighet? Viss teknologi kan inskränka på det privata livet och den mänskliga rätten till frihet och det är viktigt att diskutera dessa frågor i varje enskilt fall.

Teknologi måste också vara en del i en individuell vårdplan och får aldrig ses som isolerad företeelse och får inte heller användas bara för att den finns tillgänglig och är enkel att ta till. Därför är det viktigt att utreda personer i ett tidigt skede av demenssjukdomen. Det ökar möjligheten att få personens eget medgivande till att använda teknologiska lösningar⁶.

7.4.2 Hur förändras samhällets syn på integritet?

Hela samhället och alla medborgare blir alltmer övervakade. Antalet övervakningskameror i butiker, taxibilar, nöjeslokaler och på offentliga platser liksom möjligheterna för polis och andra myndigheter att registrera telefonsamtal, e-post, användning av internet m.m. har ökat påtagligt de senaste åren. Sett i det utvecklingsperspektivet – hur allvarlig integritetskränkning är ett rörelselarm eller en sändare för pejling inom demensvården?

Kulturella skillnader finns också. Så t.ex. är synen på övervakningskameror på sjukhem för personer med demens olika i Sverige och Japan. I Sverige har övervakningskameror ansetts kränka integriteten. Här anser vi att den fysiska närvaron av personal aldrig kan ersättas med teknik. I Japan bedrivs forskning med övervakningssystem av äldre i hemmiljö och det tas fram allt fler produkter. Japanska staten ger bidrag till utvecklingen av sådana produkter och industrin växer.

⁶ Technology is the shape of the future, Mary Marshall, Journal of Dementia Care. june/july 1995.

8 Värdegrund och etiska utgångspunkter

8.1 Värdegrund i lagstiftningen

I socialtjänstlagen (SoL) uttrycks människovärdet genom begrepp som självbestämmande och integritet, jämlikhet i levnadsvillkor och trygghet.

I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) står det att

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

I lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) anges bl.a. att lagen ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet, att målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra samt att verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.

8.2 Demensvård har hög prioritet

År 1997 beslutade riksdagen om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården¹ som är baserade på tre grundläggande principer – människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa principer, som infördes i hälso- och sjukvårdslagen, har kommit att kallas den etiska plattformen. Riktlinjerna exemplifieras med fyra breda prioriteringsgrupper i fallande skala.

Personer med demenssjukdomar har en kronisk sjukdom som förkortar livet. Dessutom ger demenssjukdomen en nedsatt autonomi och beroende av andra. Det gör att personer med demenssjukdomar uppfyller alla kriterier som gäller för prioriteringsgrupp 1.

¹ Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, proposition 1996/97:60.

Detta gäller oavsett var vården ges, på sjukhus, i särskilt boende eller i det egna hemmet.

8.3 Etik, val och konflikter

Etik kan avgränsas och beskrivas på olika sätt. En utgångspunkt kan vara konflikter mellan värderingar, principer, intressen eller rättigheter som allmänt i vår kultur betraktas som moraliska eller etiska. Oavsett vad man anser i specifika etiskt kontroversiella problem, väcker kränkningar av andra människors integritet, orättvis behandling, diskriminering och stigmatisering etiska frågor. Vidare måste man skilja mellan etik och moral. Medan en individs eller grupps moral visar sig i vad de gör eller underlåter att göra, är etiken moralens teori i den meningen att man i etiken analyserar, tolkar, kritiskt granskar och systematiserar de argument eller principer som kan anföras för eller emot ett visst handlande i bestämda situationer. Hur förhåller sig etiska frågor till exempelvis rättsliga, psykologiska, medicinska och ekonomiska? Förutsättningarna, kunskapsgrunden och argumenteringen är olika. Hur ser kunskapsgrunden och argumenteringen ut i andra sammanhang? Författningstext och olika rättskällor är utgångspunkten när man diskuterar rättsliga frågor. Psykologiskt vetande bygger på experiment och systematiska observationer. De kan sammanfattas i satsen som säger något om hur människor beter sig under olika förhållanden, hur de upplever dessa, och vad som påverkar deras upplevelser. Men om dessa förhållanden och upplevelser är bra eller dåliga sägs ingenting. Medicinska frågor gäller i första hand orsak till symptom, och effekter av olika behandlingar. Etik handlar om val och konflikter. Ska ett etiskt problem uppkomma, så måste vi befinna oss i en valsituation där vi kan välja mellan några olika handlingsalternativ. Det måste också finnas en konflikt i den meningen att vi inte kan tillgodose alla intressen, alla värden samtidigt. Vi måste välja och det blir då också en fråga om makt. Vem ska göra valet? Och på vilka grunder ska det göras?²

Vår utgångspunkt när vi ser på en människa med demenssjukdom påverkar de etiska värderingarna. Sätter vi den *organiska hjärnskadans* i fokus tenderar synen att domineras av medicinska värderingar som t.ex. möjligheter till farmakologisk behandling.

² Hermerén, G (2003). Etik: innebörd, problem och metoder. www.vardalinstitutet.net, Tematiska rum.

Om ett mer *personinriktat* synsätt dominerar kommer frågorna om autonomi, liksom livshistorien och tidigare ställningstaganden hos individen att väga tungt. Om däremot människans roll som social varelse dominerar vårt synsätt, kommer värderingar om demenssjukdomens betydelse för närstående, vårdare och samhället att bli tydliga. Om tonvikt läggs vid *existentiella frågor* blir mänskliga rättigheter centrala. Är en person med demenssjukdom fortfarande ett socialt jag?³

8.4 Referat av två fall i etikrådet

Socialstyrelsen har utsett ett etikråd⁴ för socialtjänsten sammansatt av praktiker och forskare som representerar respektive äldre-, handikapp och individ- och familjeomsorgerna. Etikrådet diskuterar och analyserar olika frågor som personal och professionella skickat in. Rådet ger inga anvisningar och rekommenderar heller inte det bästa tillvägagångssättet. Däremot ger rådet förslag på hur diskussionen kan föras och klargör vilka värden och normer olika handlingsalternativ representerar.

Socialstyrelsens etikråd har diskuterat och dokumenterat två exempel som belyser och analyserar några av de problemställningar jag har att ta ställning till i mitt uppdrag. Det ena exemplet handlar om en man som medicineras med tvång och det andra om en kvinna i ett särskilt boende som flyttas mot sin och sina närståendes vilja. Jag återger här etikrådets behandling av exemplen i sin helhet.

8.4.1 Att lura en vårdtagare

En dement gammal man i ett äldreboende vill inte ta sina tabletter utan spottar regelbundet ut dem. Personalen är mycket bekymrad. Han måste ju ha sin medicin. Utan medicinen blir mannen väldigt aggressiv och olycklig. För att vara säkra på att han verkligen får i sig medicinen smular personalen ned den i saftsoppa eller annan mat som han tycker om och det fungerar utmärkt.

³ SBU 2006.

⁴ www.socialstyrelsen.se/etik.

Personalens etiska dilemma

Personalen vet att det är nödvändigt att den gamle mannen tar sin medicin. Får han inte medicinen mår han dåligt men personalen tycker inte att det känns bra att lura i mannen medicinen.

Några juridiska aspekter

Varje medborgare har gentemot det allmänna ett skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden (2 kap. 6, 8 §§ regeringsformen). Med påtvingat kroppsligt ingrepp avses i första hand våld, men hit hör även läkarundersökningar, smärre ingrepp som vaccinerings och blodprovstagning samt liknande företeelser som går under beteckningen kroppsbesiktning. Inom samma ram torde också ligga att tvinga någon att ta medicin som han eller hon inte vill ha. Även att smyga i upprörda människor lugnande medel i den saft som erbjuds dvs. med list, skulle kunna ses som ett påtvingat kroppsligt ingrepp (SOU 2004:112). Undantag från skyddet mot kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden kan endast föreskrivas i lag och då bara i syfte att tillgodose det ändamål som har föranlett dem. Sådana undantag har gjorts i bl.a. lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och lagen (1991:117) om rättspsykiatrisk undersökning. Dessutom är frihetsberövande tillåtet enligt smittskyddslagen (2004:168), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Av socialtjänstlagen (SoL), liksom lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) framgår att all vård och omsorg ska ges med respekt för den enskildes bestämmanderätt. Ingen av lagarna ger stöd för begränsningar i den personliga rörelsefriheten eller för användning av tvångsåtgärder. Möjligheten att vidta skydds- och begränsningsåtgärder utan vårdtagarens samtycke är alltså mycket begränsade eftersom det inte finns något uttryckligt lagstöd, varken i SoL eller HSL, som ger personalen sådana befogenheter. I avsaknad av en särskild reglering vidtas ibland skydds- och begränsningsåtgärder med motiveringen att de företagits i nöd eller nödvärn och därför varit försvarliga enligt de ansvarsfrihetsgrundande bestämmelserna i 24 kap. 1 och 4 §§ BrB. Enligt dessa bestämmelser är det inte

brottsligt att utan den enskildes samtycke handla så att man räddar dennes liv eller hälsa. Eftersom nödbestämmelsen endast är tillämplig i nödsituation kan den inte åberopas till stöd för rutinmässigt återkommande åtgärder och får endast vara av tillfällig art. Bestämmelserna är inte avsedda att utgöra rättsgrund för beslut om den dagliga vården och omsorgen.

Det pågår även en utredning om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga (direktiv 2005:11). Enligt direktiven ska utredaren överväga om det finns behov av att införa bestämmelser om skydds- och eller tvångsåtgärder inom vården och omsorgen av äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga främst till följd av en demenssjukdom. Som exempel på en sådan åtgärd som utredaren ska ta ställning till nämns att mediciner blandas i mat och dryck mot den enskildes vilja.

En norsk studie som omfattade 2 300 personer på olika institutioner för äldre visade att 69 procent hade varit utsatta för förhållanden som begränsade deras rättigheter/friheter under en viss mätperiod. En av de vanligaste tvångsåtgärderna var tillsättning av medicin i mat och dryck utan personens vetande och vilja (Makt och avmakt 2002: Nasjonalt kompetanssenter for aldersdemens). Samma år lade norska socialdepartementet fram ett förslag till lag om i vilka situationer och under vilka förhållanden en tvångsåtgärd får användas i vården av personer med demenssjukdom (Lov om rettigheter for og begrænsning og kontroll med bruk av tvang m.v. overfor personer med demens – Hoeringsnotariat). Förslaget väckte stor debatt och flera remissinstanser var kritiska. En omarbetning av förslaget pågår därför.

I Norge har man en lagstiftning när det gäller utvecklingsstörda, som föreskriver att innan en tvångsåtgärd genomförs ska alla andra frivilliga sätt ha prövats och uteslutits. Det visar sig att tvånget i vården har minskat efter det att denna lagstiftning trädde ikraft.

I Danmark finns det en lagstiftning som ger möjligheter att t.ex. flytta personer inom äldreboende och att flytta in personer till äldreboenden mot deras önskan. Det förutsätter att personen har nedsatt autonomi och att det har utsetts en ställföreträdare som kan säga att det här hade personen önskat om personen varit vid sina sinnens fulla bruk.

Etikrådets diskussion

Om man bortser från lagstiftningen om tvångsvård och nödsituationer krävs det att den enskilde samtycker till alla åtgärder som vidtas inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Enligt lagstiftningen är det inte tillåtet att mot en persons uttryckliga vilja lura i medicinen. Den här typen av ”vardagstvang” som görs i gott syfte men som strider mot lagen har länge uppmärksamats och diskuterats.

Vi vet i Sverige idag inte hur vanligt det är att tvång används i vården och omsorgen om äldre människor. Men mycket talar för att det förekommer i särskilda boendeformer för äldre. Bl.a. har studenter som gjort sin praktik på äldreboenden i uppsatser beskrivit olika varianter av sätt att få i personer medicin. Även handledare inom vården har konstaterat att nyanställd personal får lära sig att lura i äldre medicinen.

Prövat andra alternativ?

Det ligger en fara i om den här typen av metoder utvecklas inom äldreomsorgen, att det blir ett arbetsmoment som ny personal och som praktikanter får lära sig. Det är olyckligt om detta sätt att medicinera blir en tradition, något man inte ifrågasätter eller anstränger sig för att hitta alternativ till. Vilka andra möjligheter har prövats? Har man inrättat den här metoden för just den här mannen? Är personalen beredd att dokumentera att man lägger medicinen i maten?

Man bör rådgöra med anhöriga som kanske har någon idé om hur man får mannen att ta sin medicin. Det är också viktigt att samråda med övrig personal. Någon i personalgruppen har kanske tidigare lyckats förmå mannen att ta medicinen. Någon har kanske en bra relation till mannen och kan tala med honom om detta.

Varför vill mannen inte ta medicinen? Kan det vara så att mannen har svårt för att svälja? Tycker han att medicinen smakar illa? Man kan rådgöra med den läkare som ordinerat medicinen och påtala problemet. Det kanske finns någon alternativ medicin eller möjligt att ta medicinen på annat sätt än oralt i tablettform.

Självbestämmande kontra personers hälsa och välbefinnande

Ska man ge självbestämmandet företräde framför en persons hälsa och välbefinnande? Om medicinen är nödvändig och kanske till och med livsviktig för mannens hälsa och välbefinnande, ska man ändå fästa större avseende vid mannens självbestämmande, även om mannens välfärd skulle äventyras av det? Vilket värde har det självbestämmandet för mannen i förhållande till den skada han kommer att lida om han inte tar medicinen? Här står självbestämmande mot välfärd och båda kan ses som dimensioner av värdighetsbegreppet; det är en konflikt inom värdighetsbegreppet. Man måste bedöma vad som blir bäst för personen och vad effekterna blir av den ena eller andra handlingen.

Vad är alternativet?

Mannen behöver uppenbarligen den här medicinen för att må bra och vad händer om han inte får den? Vårdbiträdet lirkar och gör allt som står i hennes makt för att försöka få mannen att ta medicinen, men han vägrar blankt. Ska hon avstå från att få i mannen medicinen? Kan det vara så att om mannen inte får medicinen blir han sjuk och dör? Kan man i en sådan situation tvinga eller lura i mannen medicinen?

Välfärdspaternalism

I en situation när man gjort bedömningen att en person har nedsatt autonomi och inte själv kan avgöra vad som är bäst för honom, kan det få förödande konsekvenser för hans välfärd om man går honom till mötes. I sådana lägen kan man kanske tillåta en viss form av välfärdspaternalism om det är till gagn för den enskilde. En handling kanske måste utföras mot den enskildes vilja och hans självbestämmande kan inte respekteras. Men handlingen får inte utföras på sådant sätt att den blir plågsam eller elakartad för den enskilde.

Konklusion

Självklart finns det lägen inom vård och omsorg som är så allvarliga eller akuta att man måste ta till tvång. Att göra det utan stöd i lagstiftning är problematiskt.

Vården och omsorgen om äldre får inte ha ett rutinmässigt sätt att behandla människor på utan måste se till individen och pröva att hitta metoder som inte innehåller tvång. En god omsorg är beroende av en god relation mellan den äldre och den som ska hjälpa.

Innan man överväger att göra något mot en sjuk äldre människa ska man ha prövat alla andra möjligheter utan att ha lyckats. Försöken ska inte bara ha gjorts vid ett tillfälle utan måste vara något som man regelbundet gör. Det viktiga är att sträva efter att förändra situationen och på olika sätt försöka få personen att själv gå med på att ta sin medicin. Med det förbehållet bör det, trots att lagstiftningen säger nej, vara möjligt att lirka i personen medicinen om personen inte själv förstår att det är nödvändigt för dennes hälsa och välbefinnande.

Har alla andra möjliga vägar prövats och medicinerna är livsviktiga för mannen så är bedömningen att man kan handla som man gjort i fallet. Även om det strider mot lagstiftningen. Diskussion måste föras om hur man ska lösa situationen och finna andra lämpliga åtgärder. Arbetsledare bör utforma vägledning/riktlinjer för hur personalen ska hantera situationer där de anser sig behöva göra något mot någons vilja.

8.4.2 Kan man flytta en pensionär mot dennes vilja?

Vid ett särskilt boende för äldre med 43 platser finns Inga-Lill på en avdelning med tio pensionärer. Inga-Lill lider sedan många år av psykiskt sjukdom och medicineras. Hon är vårdkrävande med ett utagerande beteende som bl.a. tar sig uttryck i att hon slänger sig ner på golvet och hon har också kastat glas på en vikarie. Personalen på äldreboendet uppfattar att Inga-Lill agerar medvetet och vill provocera.

Sedan en tid har Inga-Lill fått en ny granne i rummet bredvid, Birgitta, som har reumatism och som börjar utveckla demens. Inga-Lill gillar inte Birgitta och går in i hennes rum och rumsterar om och rör runt i lådor. Detta beteende är enligt personalen medvetet och kan inte skyllas på hennes psykiska sjukdom. Birgitta tycker

förstås att detta är störande och de två kvinnorna har hamnat i konflikt med varandra. Birgitta hamnar i affekt av Inga-Lills provokationer och slår med käppen där hon kommer åt på Inga-Lill. Vid ett tillfälle misshandlade Birgitta med sin käpp Inga-Lill varvid skinnet sprack på hennes arm och axel. Birgitta har även vid flera tillfällen kastat glas med vatten på Inga-Lill. Inga-Lill å sin sida, kör ideligen sin rollator hårt in i Birgittas dörr.

Personalen vid äldreboendet är eniga om att det bästa vore att flytta på Birgitta till ett rum längre ner i korridoren så att de två kvinnorna kommer en bit ifrån varandra. Personalen vill inte flytta på Inga-Lill eftersom de bedömer att det troligen skulle medföra en försämring av hennes psykiska tillstånd. Birgitta vill dock inte flytta och hennes anhöriga stödjer henne i detta. De säger sig uppfatta en flyttning av Birgitta som ett straff för att hon misshandlat Inga-Lill.

Personalens etiska dilemma

Ska personalen försöka övertala Birgitta och få hennes anhöriga med på att hon flyttar? Hennes anhöriga är helt emot en flyttning som de uppfattar som vara ett straff. Kan/bör/ska man polisanmäla Birgitta för misshandel?

Några juridiska aspekter

En grundläggande fråga att ta ställning till är om boendet har hyresrättslig karaktär eller inte. Om hyreslagen är tillämplig på boendet gäller reglerna om besittningsskydd i 12 kap. 46 § JB. En hyresgäst kan bli uppsagd när vederbörande åsidosatt sina förpliktelser såsom hyresgäst t.ex. genom att uppträda störande.

Av socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen framgår att all vård och omsorg ska ges med respekt för den enskildes bestämmanderätt. En grundläggande princip inom hälso- och sjukvården är att vård och behandling ska ges med patientens informerade samtycke. Detsamma gäller inom socialtjänsten, där alla vård- och omsorgsinsatser ska ges med den enskildes uttryckliga samtycke. Insatser får inte vidtas eller utformas "över huvudet" på den enskilde. Socialtjänstens åtgärder på det område som ligger utanför tvångslagarna förutsätter således att den det gäller både är informe-

rad om och ”med på” vad som ska ske. Grundläggande är att slå vakt om personens självbestämmande, integritet och värdighet.

Möjligheten att vidta skydds- och begränsningsåtgärder utan vårdtagarens uttryckliga samtycke är begränsade eftersom det inte finns något uttryckligt lagstöd, varken i SoL eller HSL, som ger personalen sådana befogenheter. I avsaknad av en särskild reglering vidtas skyddsåtgärder med inslag av frihetsinskränkning istället. Hänvisning görs till att åtgärderna varit motiverade från vårdsynpunkt för att möjliggöra aktivering/rehabilitering eller för att de företagits i nöd eller nödvärn och därför varit försvarliga enligt de ansvarsfrihetsgrundande bestämmelserna i 24 kap. 1 och 4 §§ BrB. Enligt dessa bestämmelser är det inte brottsligt att utan den enskildes samtycke handla så att man räddar dennes liv eller hälsa. Eftersom nödbestämmelsen endast är tillämplig i nödsituation kan den inte åberopas till stöd för rutinmässigt återkommande åtgärder och får endast vara av tillfällig art.

Enligt 14 kap. 2 § tredje stycket sekretesslagen (SkrL) hindrar inte sekretessen i 7 kap. 1 och 4 §§ SoL att uppgift som angår misstanke om brott för vilket inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet. Det gäller t.ex. mord, dråp, våldtäkt, grovt rån, mordbrand och grovt narkotikabrott. Det torde alltså inte vara möjligt att, utan samtycke, anmäla misshandeln av Inga-Lill till polisen eftersom det då kan vara fråga om ett brott mot sekretessen.

Det pågår en utredning om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga (direktiv 2005:11). Enligt direktiven ska utredaren överväga om det finns behov av att införa bestämmelser om skydds- och eller tvångsåtgärder inom vården och omsorgen av äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga främst till följd av demenssjukdom.

Etikrådets diskussion

Vid de flesta särskilda boenden för äldre upprättas hyreskontrakt förutom vid de boenden som har flerbäddrum. Ett hyreskontrakt vid ett äldreboende ger samma besittningsskydd som för vilken hyresrättsinnehavare som helst med det undantaget att man inte har rätt att lämna över lägenheten till sina barn eller byta den. Enligt hyreslagen går det att säga upp en hyresrätt när vederbörande har åsidosatt sina förpliktelser såsom hyresgäst t.ex.

genom att uppträda störande. Det framgår vidare av hyreslagen att en hyresgäst är skyldig att se till att övriga boende inte utsätts för störningar i alltför stor omfattning.

Integritet och självbestämmande

Utifrån ett vårdperspektiv har de boende rätt att kräva respekt för sin integritet och skydd för liv och hälsa. Detta att dörren står öppen möjliggör att Inga-Lill kan gå in i Birgittas rum och stöka runt i hennes lådor. Det borde vara möjligt för Birgitta att själv låsa sin dörr. Är det så att hon inte kan hantera ett lås från insidan kan man lösa det med ett s.k. hotellrumslås som gör det möjligt att öppna inifrån genom att trycka ner handtaget men som är låst utifrån.

I den här boendeformen riskerar människor, som inte själva har valt varandra, att tvingas bo tillsammans. Hur ska man kunna garantera enskildas säkerhet i de gemensamma lokalerna, om det bor dementa och psykiskt sjuka personer med svåra sjukdomstillstånd som kan innefatta att de ibland blir våldsamma? Hur ska man hantera dessa situationer? Hur stor hänsyn ska man ta till de äldres autonomi och integritet? Kan det vara så att i vissa situationer kan personalen inte helt respektera de äldres självbestämmande även om de alltid ska sträva efter det?

Kan det vara så att rätten till integritet och under vissa omständigheter, i en viss period i livet, inte kan jämföras med de krav som ställs på integritet under andra perioder i livet? Kan det möjligen vara så att integriteten och självbestämmandet ska respekteras utifrån de speciella villkor som råder? Kan man villkora integriteten och självbestämmandet utifrån den beslutskapacitet som individen har?

Vårdsituationen

Händelserna har uppkommit i en vårdsituation som personalen måste lösa och det är inte primärt en polissak. I vårdkonceptet ingår att undvika att de boende skadar varandra, både fysiskt och psykiskt. Personalen kan försöka tala med Inga-Lill och Birgitta (och Birgittas anhöriga) om det inträffade och informera om att det faktiskt är brottsliga handlingar som de båda har begått (hem-

fridsbrott och misshandel). Att informera kvinnorna om detta kan stärka argumentationen gentemot de anhöriga att situationen måste lösas för båda kvinnornas skull och att få Birgitta (och hennes anhöriga) att gå med på att Birgitta flyttar. Personalen kan också göra klart för kvinnorna att de båda har handlat fel och att det inte är tänkt som ett straff att flytta Birgitta, utan det är för att Inga-Lill har medicinska skäl till att bo kvar och en flyttning skulle försämra hennes tillstånd.

Vilka negativa konsekvenser kan det få att inte bryta den uppkomna situationen? En konsekvens är att de här kvinnorna fortsätter att skada varandra. En annan är att konflikten tar mycket tid och kraft från personalen som de andra äldre på boendet kan behöva få del av. Sammantaget innebär det ganska mycket negativt om man låter situationen fortgå och inte gör något åt den.

Personal som arbetar inom äldreomsorgen har sällan handledning och ges inte ofta möjlighet att i grupp reflektera över sitt arbete och handlande. Med möjligheten till reflektion och eftertanke över det egna agerandet och över den vård och omsorg som bedrivs, utvecklas arbetet och kan också fungera förebyggande för situationer liknande den här uppkomna. Att personalen i detta äldreboende ändå tycks ha ägnat detta problem tid och diskussion kan även innebära att de har en betydligt större beredskap för om/när liknande konflikter dyker upp.

Polisanmäla?

Om Inga-Lill vill polisanmäla Birgitta står det henne fritt att göra det men personalens uppgift är knappast att aktivt medverka till detta. Båda kvinnorna förefaller ha stora vårdbehov och personalen ska fortsättningsvis ha en god relation till de båda kvinnorna. Kvinnorna har försatts, eller försatt sig, i en situation som de inte behärskar; den ena provocerar och den andre blir desperat och hamnar i affekt och slår. Den situation som skapat det läget, är den situation som ska undanröjas genom att bedöma vad som ur vårdsynpunkt är bäst för kvinnorna.

En polisanmälan av Birgitta skulle kunna innebära en upprättelse för brottsoffret, Inga-Lill. Ofta talar man bara om att gärningsmännen är sjuka och därför inte kan lastas, men vi har också ett brottsoffer som har blivit utsatt för något. Man kan fråga sig om det egentligen är någon skillnad att bli utsatt för misshandel ute på

gatan av någon eller bli slagen av någon på ett äldreboende. Ett äldreboende ska inte vara en frizon där övergrepp kan ske och där de gängse rutinerna för sådana åsidosätts.

Konklusion

Är det möjligt för personalen att finna en väg för kvinnorna ur konflikten? Går det att tala med Birgitta och hennes anhöriga och med Inga-Lill om att kvinnorna faktiskt har gjort sig skyldiga till felaktiga handlingar och få dem att upphöra med kränkningarna så vore detta förstås den bästa lösningen. Det verkar emellertid inte troligt. Konflikten måste lösas mellan kvinnorna och ingen ska se lösningen som ett straff utan som en möjlighet att lösa ett låst läge som ingen trivs i.

Den näst bästa lösningen är att övertala Birgitta och hennes anhöriga om att Birgitta ska flytta. Det finns åtminstone tre skäl till varför Birgitta ska flytta; för det första kan man göra en prognos som kommer fram till att det skulle vara värre för Inga-Lill att flytta på grund av hennes medicinska problematik, för det andra kom Birgitta till äldreboendet efter Inga-Lill, och för det tredje är Birgittas förseelse betydligt mera allvarlig.

9 Demensvård – utveckling, mål, organisation, resurser

9.1 Förändrade förutsättningar

Jämfört med situationen när socialberedningen uppmärksammade problemet med bristande rättsskydd för personer med demenssjukdom i början av 1980-talet har de ideologiska och organisatoriska förutsättningarna för vården av personer med demenssjukdom förändrats.

I början av 1980-talet fanns de allra flesta personer med svårare demenssjukdom inom landstingen, antingen på mentalsjukhus eller inom den somatiska långvården. Antalet personer med demenssjukdom (eller senildementa) inom psykiatrin uppskattades 1979 till cirka 6 000 personer och 1982 till cirka 4 700 personer. Vissa sjukhus/kliniker hade ett stort antal demenspatienter inskrivna med stöd av LSPV, den psykiatriska tvångslag som föregick dagens lagstiftning (LPT).

Personer med demenssjukdom var sjukhuspatienter i landstingets eller kommunens vårdinrättningar och placerades oftast i flerbäddsrum. Uppdelningen på två huvudmän och flera olika verksamheter innebar stora möjligheter att försöka föra över ”tunga” eller besvärliga patienter till en annan huvudman eller annan verksamhet – möjligheter som också utnyttjades relativt flitigt.

Det pågick också en vårdideologisk debatt om huruvida personer med demenssjukdom vårdades bäst tillsammans med andra äldre sjuka i befintliga vårdformer som t.ex. somatisk långvård, förutsatt att dessa förbättrades, eller om det var bättre att skapa helt nya vårdformer som var speciellt utformade för personer med demenssjukdom.

Nu (2006) finns i princip inga personer med demens inom psykiatrin, vare sig i den slutna eller öppna psykiatriska vården. Psykiatrin har specialiserat sig på personer med ”botbar” psykisk sjukdom och såväl personer med demenssjukdom som personer med utvecklingsstörning liksom personer med psykiska funktions-

hinder, som bedömts medicinskt färdigbehandlade inom psykiatri, har förts över till kommunens socialtjänst i olika omgångar under 1990-talet.

I princip alla personer med svårare demenssjukdomar finns således inom särskilda boenden i kommunal regi. De allra flesta bor i lägenheter med egna kontrakt och är därmed hyresgäster som formellt omfattas av rättigheterna i hyreslagstiftningen.

I och med Ädel- och Psykiatrireformerna har ansvarsgränserna förtydligats och ”rundgången” av patienter har minskat väsentligt. Det uttalade målet för kommunens socialtjänst är att personer med demenssjukdom ska få stöd och vård i sitt hem för att så länge som möjligt kunna bo kvar hemma.

Det tycks också råda uppslutning kring inriktningen att skapa nya vårdformer som är speciellt utformade för personer med demenssjukdom och kommunerna inrättar eller bygger ut sådana i takt med tillgängliga resurser. Samtidigt sker en neddragning eller avveckling av vårdplatser på geriatriska kliniker i många landsting.

9.2 Mål och inriktning

Demensarbetsgruppen formulerade följande mål och inriktning¹ för demensvården som underlag för sitt arbete och sina slutsatser.

Målen med vård, behandling och omsorg är, att bevara personens mentala funktioner så långt det är möjligt, bibehålla sociala kontakter, lindra sjukdomssymptomen och när det inte längre är möjligt ge tröst och skapa ett så gott liv som möjligt för den sjuke, men också för att stödja och avlösa de närstående.

En person med demenssjukdom behöver hjälp för att klara aktiviteter som inte vållat problem tidigare. För att bibehålla sociala kontakter och ett normalt fungerande liv ska både vården och omsorgen inriktas på att stödja ett normalt boende så långt det är möjligt och önskvärt för den demenssjuke och de närstående. Hjälp i hemmet, hjälpmedel och stimulans i form av dagverksamhet är här viktiga. Stöd till anhöriga är också viktigt för att minska belastningen. När boende i det egna hemmet inte längre är önskvärt eller möjligt ska boende i särskilt boende erbjudas och omvårdnaden där ska dels innehålla tillräckliga stödinsatser och en omvårdnad/omsorg av god kvalitet men också kunna ge ett gott liv och social/andlig/kulturell stimulans.

För att åstadkomma detta krävs att det medicinska omhändertagandet samt omvårdnad och omsorg är riktad mot samma mål. Grunden för omvårdnaden måste vara kunskap om den friska männi-

¹ Ds 2003:47, sidan 51.

skans behov, demenssjukdomarnas symptom och vilka metoder som kan användas för att lindra dessa symptom. En god demensvård bedrivs med både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen som grund och kräver en nära samverkan mellan huvudmännen med mångprofessionellt teamarbete och en gemensam vårdfilosofi och strategier för hur man bemöter och omhändertar de demenssjuka och deras närstående under hela sjukdomsutvecklingen. Ett gott omhändertagande kräver också att den demenssjuke och de närstående får god och tillräcklig information om samhällets möjligheter att ge stöd och att de är delaktiga och har inflytande i vårdplaneringen.

9.3 Vården för personer med demenssjukdom²

Personer med demenssjukdom har som regel behov av insatser från både landsting och kommun under sjukdomsförloppet och en effektiv samverkan mellan dessa huvudmän är, som demensarbetsgruppen anger ovan, en förutsättning för en framgångsrik demensvård. Den kommunala demensvården, hemtjänst och särskilda boenden, är den storleksmässigt dominerande och omfattar cirka 80 procent av den totala samhällskostnaden för demenssjukdomarna som uppskattats till i storleksordningen 38 miljarder kronor år 2000. Samhällets kostnader för demenssjukdomarna, enligt denna uppskattning, är högre än motsvarande sammanlagda kostnader för hjärt- och kärlsjukdomarna samt cancersjukdomarna³.

9.3.1 Vård och omsorg inom socialtjänsten

I ordinärt boende

De allra flesta personer med mild eller måttlig demens bor kvar i sin bostad. Man beräknar att detta gäller mellan 50 000 och 60 000 personer med demenssjukdom.

Var fjärde person eller cirka 15 000 av dessa har en måttlig eller svår demens. Det är numera en allmänt accepterad princip att ge personer med demenssjukdom, liksom äldre personer i allmänhet, möjlighet att bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt. Det gynnar känslan av identitet och integritet. Mycket tyder också på

² Avsnittet bygger i huvudsak på uppgifter ur rapporten På väg mot en god demensvård (DS 2003:47).

³ Demenssjukdomarnas samhällskostnader, Wimo och Jönsson, Äldreuppdraget 2000:14, Socialstyrelsen.

att välkända rum, föremål och rutiner har stor positiv betydelse för personer med demenssjukdom.

Många demenssjuka kan bo kvar hemma därför att de har stöd av släkt, vuxna barn, engagerade grannar. Kommunen stöttar också, vid behov, med hemtjänst, dagverksamhet med sysselsättning, hemsjukvård, hjälpmedel, bostadsanpassning, trygghetslarm, färdtjänst m.m.

Det är ofta avgörande att hemtjänsten kan avpassa insatserna så att de förstärker och stöttar den demenssjukes egna arbetsrutiner och intressen utan att helt ta över ansvar och utförande. Då ökar förutsättningarna för den enskilde att kunna klara det dagliga livet och bo kvar hemma längre. Arbetsterapeuten kan spela en viktig roll genom att kartlägga olika arbetsmoment och instruera den demenssjuke och hemtjänstpersonalen om hur stödet kan utformas på bästa sätt.

Vissa kommuner har organiserat en specialiserad hemtjänst för personer med demenssjukdom, t.ex. genom särskilt utbildade vårdbiträden eller demensteam som bara hjälper personer med demenssjukdom. Det finns resultat från enstaka studier som antyder att denna arbetsform skulle kunna medföra att personer med demenssjukdom kan klara sig längre i eget boende. Mer omfattande och kontrollerade studier behövs dock för att bekräfta detta⁴.

I särskilda boendeformer

Särskilt boende för äldre omfattar många former av boende med särskilt stöd och omvårdnad. Av tradition benämns de ofta servicehus, servicelägenheter, gruppboende, ålderdomshem och sjukhem. Servicehus står då för ett självständigt boende för äldre personer med ett litet omvårdnadsbehov medan sjukhemmet, å andra sidan, står för avancerad medicinsk omvårdnad för äldre med multi-sjukdom. I takt med att äldreomsorgen under senare år generellt prioriterat sina insatser till äldre och sjukare personer har denna indelning förlorat sin relevans och många kommuner kallar nu alla särskilda boenden kort och gott för äldreboenden.

Det som förenar är att boendet är kollektivt eller institutionellt, att det drivs och/eller finansieras av kommunen samt att det krävs en ansökan och ett beslut om bistånd enligt SoL för att få flytta in. Den vanliga standarden är egen lägenhet eller eget rum med bad-

⁴ Särskilda team i hemtjänsten – bättre än vanlig hemtjänst, Rapport 2003:5, Malmö FoU-enhet.

rum. Lägenheten eller rummet upplåts med hyresrätt. Det förekommer också (cirka 6 procent) att bostaden delas med annan än make, maka, sambo.

År 2002 fanns cirka 115 000 platser i särskilt boende för äldre⁵ varav cirka femton procent i servicelägenheter och cirka tjugofem procent i sjukhem. De allra flesta av dessa platser (drygt 78 000 personer) utnyttjades/hyrdes av personer med demenssjukdom varav 23 500 personer i gruppboenden med mindre enheter enbart för demenssjuka och 29 000 personer på sjukhem.

Andelen platser i boenden enbart för personer med demenssjukdom varierar stort mellan kommunerna. Det finns kommuner där alla personer med demenssjukdom får bo "blandat" med andra äldre och det finns kommuner där så gott som alla personer med demenssjukdom och behov av särskilt boende får plats i specialiserade demensboenden eller särskilda demensavdelningar. Det vanligaste är att kommunerna har plats i särskilda demensboenden för mellan tio och tjugoprocent av dem som bedöms ha det behovet.

Det som ska känneteckna ett gruppboende för dementa är främst småskalighet, hemlighet och närhet mellan boende och personal och att stor hänsyn tas till den demenssjukes individuella förutsättningar att klara det dagliga livet. En grundförutsättning är att personalen har utbildning om olika demenssjukdomar och dess konsekvenser för behandling och omvårdnad samt att det finns möjlighet till handledning.

Demensvård i enskild regi

Det finns också särskilt boende för personer med demenssjukdom som drivs i enskild regi via entreprenadavtal eller med tillstånd av länsstyrelsen. Förutsättningen i det senare fallet är ett placeringsbeslut av socialtjänsten i hemkommunen. Hemkommunen har sedan ett ansvar att följa upp att personen får en god vård i enlighet med socialtjänstlagen och avtalet huvudmannen för den enskilda verksamheten. Länsstyrelsen har ansvar för tillsyn av socialtjänsten och Socialstyrelsen för hälso- och sjukvården.

Det saknas uppgifter om hur stor del av demensvården som utförs i enskild regi. För äldreomsorgen i sin helhet uppgår den andel som drivs i enskild regi till cirka 10 procent⁶.

⁵ Demensenkäten 2002 till kommuner och landsting.

⁶ Äldres vård och omsorg i siffror 2005, Socialstyrelsen.

9.3.2 Vård och behandling inom hälso- och sjukvården

Primärvården har kontakt med patienter med demenssjukdom i alla stadier. Personer med misstänkt demens kan söka för utredning både tidigt och sent i sjukdomsförloppet.

Specialistsjukvård för personer med demenssjukdomar finns oftast inom psykiatri och geriatrik. När demensutredningar utförs inom psykiatri har man vanligen också specialistansvar för andra äldrepsykiatriska sjukdomstillstånd med eller utan demens.

Specialistvården är inte sällan kopplad till s.k. minnesmottagningar och utredningarna sker oftast polikliniskt, men i många fall finns också möjligheter till inläggning.

9.4 Yrkesgrupper, ansvar och roller

Jag försöker i detta avsnitt beskriva samverkan och ansvarsgränser inom demensvården utifrån några centrala yrkesroller⁷. Detta för att ge en bakgrund till senare överväganden och förslag om vem eller vilka som bör utreda förutsättningar för och eventuellt besluta om olika tvångs- och begränsningsåtgärder. Beskrivningen utgår från den övergripande ansvars- och rollfördelning för vården och omsorgen om äldre, som demensvården är en del av, som gäller efter Adelreformen. Den innebär att kommunen har ansvar för hälso- och sjukvård i kommunens särskilda boendeformer för äldre och dagverksamheter. Cirka hälften av landets kommuner har dessutom genom avtal med respektive landsting övertagit ansvaret för hälso- och sjukvård för personer som bor i ordinärt boende med hemtjänst.

En grundläggande förutsättning, som bör framhållas i sammanhanget, är att beslut enligt SoL i enskilda ärenden är politiska och fattas antingen direkt av socialnämnd eller motsvarande, av ett utskott till nämnden eller av tjänstemän som fått beslutanderätt delegerad till sig. Besluten är också möjliga att överklaga till förvaltningsdomstol.

Inom hälso- och sjukvården enligt HSL beslutar enskilda läkare och sjuksköterskor m.fl. om vård- och behandlingsinsatser utifrån ett personligt yrkesansvar. Deras beslut är inte möjliga att överklaga.

⁷ Bron mellan två världar. Rapport från en workshop med biståndshandläggare, kommunala sjuksköterskor och sjukhussköterskor. FoU Skåne 2003:1.

Det tvärprofessionella samarbetet spelar en viktig roll i demensvården både när det gäller utredning/diagnos och behandling/omvårdnad. Hjälpmedlet eller själva uttrycket för samverkan ska vara den samordnade vårdplaneringen för enskilda patienter och vårdtagare. Individuella vård- och omsorgsplaner är ett bra verktyg för att planera insatser för personer med demenssjukdom. Om berörda huvudmän och verksamheter utarbetar sådana i samråd ger dessa en god helhetsbild både av den enskildes behov och av vilka insatser som kan erbjudas.

Det förekommer också att olika professioner med demenskunskap samverkar kring personer med demenssjukdom i s.k. demensteam såväl inom kommuner och landsting var för sig som i gemensamma, gränsöverskridande former.

Det är framför allt följande yrkesgrupper⁸ som har nyckelroller i detta samarbete.

9.4.1 Kommunal biståndsbedömare

Begreppet biståndsbedömning inom äldreomsorg hänför sig till socialtjänstlagens ikraftträdande 1982. Därmed skulle även beslut om hemtjänst och särskilt boende relateras till den enskildes behov och förutsättningar i förhållande till ”en skälig levnadsnivå”. Besluten blev möjliga att överklaga och ett tydligt uttryck för myndighetsutövning.

En viktig utgångspunkt för biståndsbedömning i äldreomsorg är inriktningen att konsekvent ta fasta på och stödja ”det friska” hos den enskilde och inte bevilja mer hjälp än nödvändigt med hänsyn till den enskildes egen förmåga och självbestämmande. Det innebär att bedömningarna i hög grad ses som preliminära och att det bör finnas en beredskap för snabba justeringar när förhållandena förändras.

Ursprungligen var det personer med verksamhetsansvar – hemvårdsassistenter, områdeschefer och ålderdomshemsföreståndare – som bedömde behov och beslutade om insatser. Allt fler kommuner har dock valt att organisatoriskt separera själva besluten från verkställigheten av dem och skapat en särskild beslutsfunktion som utövas av s.k. biståndsbedömare (kan också ha andra benämningar).

⁸ Sjukvårdspersonalens yrkesbeteckningar utgår från legitimationer eller skyddas på annat sätt och är lika över landet medan beteckningarna på de kommunala funktionerna och rollerna varierar.

Det motiv för förändringen som kommunerna oftast uppger är omsorg om rättssäkerheten. Ett annat – ofta outtalat – motiv är att en centralisering av besluten förbättrar förutsättningarna för konsekventa prioriteringar och kostnadskontroll.

Biståndsbedömaren ska skaffa sig en helhetsbild av den demenssjukes situation och funktion (vad den sjuke klarar av), men också av tidigare insatser, sociala nätverk, bostadsförhållanden, dagliga vanor och intressen. Denna bild ska sedan vägas samman med information från andra intressenter som främst närstående och personal inom hälso- och sjukvård till ett beslut om bistånd⁹.

9.4.2 Chefer för särskilda boenden och för insatser i ordinärt boende

Dessa är ytterst ansvariga för den sociala omsorgen och omvårdnaden för personer i särskilda boenden (respektive i ordinärt boende). Men de är också chefer och arbetsledare dels för kommunsjuksköterskorna, som har ett självständigt och personligt yrkesansvar för medicinska insatser, dels för undersköterskorna på de särskilda boendena som kan utföra medicinska uppgifter (lägga om sår m.m.) på delegation av en sjuksköterska.

9.4.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS har en nyckelroll som länk mellan sjukvården och socialtjänsten. Enligt hälso- och sjukvårdslagen måste varje kommun ha en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Enligt Socialstyrelsen¹⁰ bör denne ha vidareutbildning med specialisering till distriktssköterska eller vidareutbildning i geriatrisk eller psykiatrisk vård. Arbetsuppgifterna är till övervägande delen administrativa och MAS är ofta organisatoriskt placerad i anslutning till äldreomsorgens ledningsfunktion.

MAS har ansvar för kvalitet och säkerhet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det innebär att MAS har ansvar att skriva riktlinjer för samt aktivt stödja utvecklingen av kvalitet och säkerhet i äldreboenden. MAS ska också följa upp att riktlinjerna för

⁹ Behov, bedömning och beslut i äldreomsorgen, Socialstyrelsen, SoS rapport 1997:8.

¹⁰ Socialstyrelsens allmänna råd om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård (SOSFS 1997:10).

hälso- och sjukvård i kommunens särskilda boendeformer följs och göra utredningar om det sker avvikelser.

I MAS ansvar för demensvård ingår bl.a. att svara för att det finns rutiner för att kontakta läkare och annan sjukvårdspersonal när patienters tillstånd så kräver. MAS ska också anmäla till den nämnd i kommunen, som ansvarar för demensvården, om en patient drabbas av eller riskerar att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Det är MAS som ansvarar för att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om skyddsåtgärder blir kända och tillämpas samt vid behov förtydligas efter lokala förhållanden i kommunen.

9.4.4 Övriga sjuksköterskor inom demensvård

Sjuksköterskan i kommunen har ansvar för medicinska- och omvårdnadsinsatser upp till och med sjuksköterskenivå. Det kan t.ex. handla om att lägga om sår och ge insulin, men även mer avancerad sjukvård som dropp, sonder, läkemedelspumpar och viss receptföreskrivning. Sjuksköterskan utför medicinska insatser efter ordination från en eller flera läkare som har hand om patienten. Vanligtvis är denne en distriktsläkare i primärvården, men det kan också vara privatpraktiserande läkare samt specialistläkare inom den öppna hälso- och sjukvården.

Undersköterskan svarar för den dagliga och löpande omvårdnaden av personer med demenssjukdom på särskilda boenden men utför också, som framgått, vissa enklare sjukvårdsuppgifter på delegation. Undersköterskornas inriktning och utbildning har förändrats efter Ädelreformen och kommunaliseringen och har nu ett tydligt fokus på social omsorg och hälso- och sjukvård som en helhet.

Distriktsköterskan tillhör landstingets primärvård och ansvarar (på distriktsläkarens ordination) för hemsjukvården i kommuner som inte tagit över den uppgiften.

”*Sjukhusköterskan*” har vårdansvar för en person med demenssjukdom som får vård och behandling på sjukhus. I arbetsuppgiften ligger bl.a. att följa och bedöma patientens omvårdnadsbehov som underlag till läkarens beslut om eventuell utskrivning.

Demenssjuksköterska är en relativt ny specialisering som utvecklats under de senaste 10–15 åren. En demenssjuksköterska kan vara anställd såväl av kommunen som i landstingets primärvård eller

slutna hälso- och sjukvård. Tjänsterna har utformats med stor lokal variation. Det är vanligt att demenssjuksköterskans huvuduppgift är att vara patient- eller omvårdnadsansvarig enligt ovan, men att hon eller han dessutom har särskilt ansvar för att samordna insatser och utbilda kollegor inom demensvården.

Cirka fyrtio procent av kommunerna uppgav år 2002 att man har en eller flera demenssjuksköterskor anställda på hel- eller deltid. Sammantaget i kommuner och landsting fanns då motsvarande knappt 200 heltidsanställningar i landet¹¹. Sedan dess har andelen kommuner som anställt demenssjuksköterskor ökat väsentligt och särskilt bland kommunerna som tagit över ansvaret för hemsjukvården¹².

I flera kommuner finns också *undersköterskor med specialutbildning* i demensvård som har liknande samverkans- och utbildningsuppgifter som demenssjuksköterskorna. Så t.ex. utbildades mellan 1996 och 2001 sammanlagt 34 undersköterskor till Silvia-systrar¹³ vid stiftelsen Silviahemmet. Dessa är verksamma över hela landet som vårdare, handledare och lärare inom klinisk demensvård. Utbildningen har nu tagits upp på nytt.

9.4.5 Verksamhetschef inom hälso- och sjukvården

Inom all hälso- och sjukvård ska det finnas en verksamhetschef¹⁴. Det är vårdgivaren som ansvarar för att en verksamhetschef utses och som sedan representerar vårdgivaren.

Med några undantag (psykiatrisk tvångsvård och isolering enligt smittskyddslagen) finns inga formella krav på verksamhetschefens kompetens. Verksamhetschefen behöver t.ex. inte tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen. Kraven på kompetens ska istället styras av verksamhetens inriktning och omfattning i det enskilda fallet. Utbildning, erfarenhet och personliga egenskaper bör få avgörande betydelse. Merparten av verksamhetscheferna är dock läkare även om andelen sjuksköterskor, psykologer och andra s.k. paramedicinska yrkesgrupper samt administratörer har ökat sin andel under senare år.

¹¹ Demensenkäten 2002.

¹² Anita Asplund, expert i utredningen, har ringt runt till medicinskt ansvariga sjuksköterskor i landet (februari 2006).

¹³ info@silviahemmet.se.

¹⁴ 29 § HSL.

Verksamhetschefen har det samlade ansvaret för verksamheten. Detta omfattar bl.a. det medicinska omhändertagandet av patienten, samverkan och samordning med andra enheter, direktiv och instruktioner som verksamheten kräver samt att det finns kompetent och adekvat utbildad personal.

Verksamhetschefen ansvarar också för att omedelbart underrätta närstående och lämplig myndighet när en patient, som är farlig för sitt eget liv eller för någon annans personliga säkerhet, lämnar eller avser att lämna sjukhuset.

Ett viktigt instrument och hjälpmedel för verksamhetschefen är Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården¹⁵. Enligt denna föreskrift ska vårdgivaren säkerställa att det finns rutiner bl.a. för att

- patientens värdighet och integritet respekteras,
- patienten och närstående informeras och görs delaktiga,
- ange personalens ansvar och befogenheter,
- upprätta planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov,
- klargöra ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser t.ex. överföring av information om enskilda patienter.

9.4.6 Läkare

De flesta läkare med djupare kunskaper om demenssjukdomar är geriatriker, psykiatriker eller allmänläkare. Det saknas dock nationella uppgifter om hur många läkare som har sådan spetskompetens. Läkare kan inte anställas av kommunen, men tre av fyra kommuner har avtal med landstinget om läkarmedverkan i särskilda boenden¹⁶. Läkarens uppgift är att dels genomföra demensutredningar dels stå för en fortlöpande medicinsk bedömning och kontakt med den sjuke och hans eller hennes närstående liksom att fungera som medicinsk konsult för andra berörda personalgrupper.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift¹⁷ är det bara läkare som kan ordinera selar, bälten, brickbord och liknande anordningar för att

¹⁵ SOSFS 2005:12 om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

¹⁶ Demensenkäten 2002.

¹⁷ Socialstyrelsens kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidsvård (SOSFS 1980:87).

förhindra att en patient, som sitter uppe, faller och skadar sig. Jag har vid studiebesök och andra kontakter kunnat konstatera att läkaren i praktiken ofta utfärdar ordinationen om tvångsåtgärden enbart på basis av vad personalen på boendet uppger och utan att själv träffa den aktuella patienten.

9.4.7 Arbetsterapeut

Arbetsterapeuten har en roll både i demensutredningen (bedömer funktionsförmågan) och i den fortsatta vården och behandlingen. Arbetsterapeuten handleder övrig personal i arbetsmetoder för att bevara och aktivera den demenssjukes funktioner och aktiviteter i förhållande till individuella symptom och övriga förutsättningar. Det är oftast arbetsterapeuten som förskriver hjälpmedel.

Om verksamheten, där arbetsterapeuten arbetar, i huvudsak omfattar rehabiliteringsinsatser kan kommunen besluta¹⁸ att MAS:ens ansvar för vissa rutiner och rapporter istället läggs på arbetsterapeuten.

9.4.8 Psykolog

För såväl psykologer som sjukgymnaster finns arbetsuppgifter inom demensvården som är anpassade till deras utbildning och erfarenheter. Psykologer kan bl.a. medverka vid utredning och diagnostik av demenssjukdomen samt handleda och stödja personal i deras komplexa och emotionellt krävande arbetsuppgifter.

9.4.9 Sjukgymnast

Forskning¹⁹ visar att den motoriska funktionen påverkas redan vid en mild grad av demenssjukdom samtidigt som det finns goda exempel på att demenssjuka har nytta och glädje av rörelseträning långt in i sjukdomsprocessen. Sjukgymnaster kan utforma träningsprogram som är anpassade efter olika demenssjuka personers förmåga och symptom. I vissa kommuner har sjukgymnaster fått rätten att förskriva rörelsehjälpmedel som rollatorer, höftskyddsbyxor och halksockor.

¹⁸ HSL 24 § andra stycket.

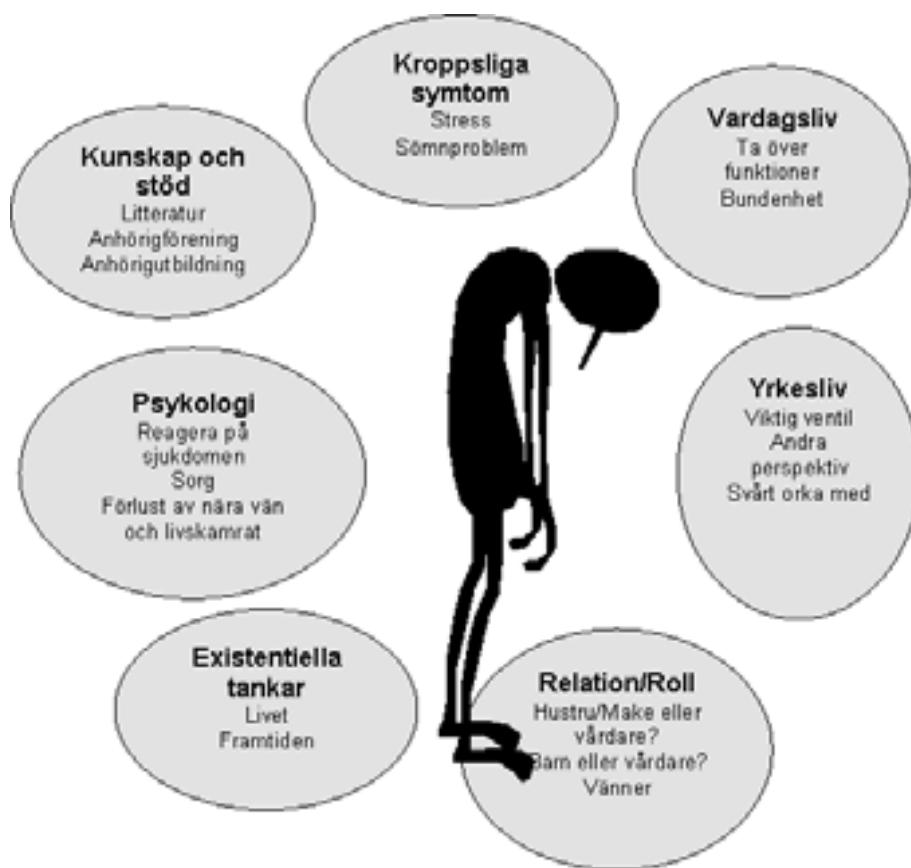
¹⁹ Motor function and cognition, Anna Pettersson, Karolinska Institutet 2005.

9.5 Närståendes roll

Kunskapen om omfattningen av det stöd som närstående ger är fortfarande begränsad, men flera studier tyder på att närstående till personer med demens ger mer än fyra gånger så mycket stöd som den offentliga vården. Den största insatsen görs av makar och/eller döttrar. Bland makar är det lika ofta en kvinna som vårdar sin demenssjuke make som tvärtom. Men en majoritet av de demenssjuka är äldre ensamstående där huvudansvaret ofta faller på döttrarna. Situationen kan vara mest ansträngande vid mild demens. Det sociala livet begränsas liksom möjligheterna att delta i annat familjeliv vilket kan leda till konflikter med andra närstående²⁰. Bilden nedan visar något av den förändring som det innebär att bli närstående till en person med demenssjukdom²¹.

²⁰ Ds 2003:47.

²¹ Källa: Professor Jan Marcusson, Linköpings universitetssjukhus; Vårdalinstitutet; Tematiska rum: Demens.



Stödet till närstående ska inte ges istället för eller på bekostnad av den vård och omsorg som den demenssjuke kan behöva från kommunens äldreomsorg. Tryggheten för närstående ligger i vetskapen om att det finns god vård och omsorg den dag de inte orkar eller vill längre. Närståendes insatser måste alltid vila på frivillig grund²².

De stödformer för närstående som finns i så gott som samtliga kommuner är korttidsboende, dagverksamhet och avlösning i hemmet. Däremot finns tecken på att andra former av stöd som närstående efterfrågar – t.ex. anhörigcirklar, utbildning av anhörigvårdare, enskilda stödsamtal – har minskat jämfört med 2002 när den statliga satsningen Anhörig 300 avslutades²³.

²² Ds 2003:47.

²³ Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2005, Socialstyrelsen.

9.6 Social och medicinsk tillsyn

Statens tillsyn av vården av personer med demenssjukdom är tudelad. Länsstyrelserna har tillsyn över socialtjänstinsatser enligt SoL medan Socialstyrelsen har tillsyn över att hälso- och sjukvård ges enligt bestämmelserna i HSL samt att hälso- och sjukvårdspersonal fullgör sitt arbete i enlighet med LYHS. Utvecklingen under senare år har dock gått mot en ökad samordning av den sociala och medicinska tillsynen, som kommit till uttryck bl.a. som gemensamma regionala och nationella verksamhetstillsyner samt gemensamma tillsynsbesök i vårdverksamheterna.

9.6.1 Länsstyrelsernas tillsyn

Länsstyrelsernas tillsynsansvar regleras av SoL och LSS och omfattar socialnämndens direkta ansvar liksom verksamheter i enskild regi. Tillsyn inom äldreomsorg inklusive demensvård är den dominerande uppgiften för länsstyrelsen vad avser såväl prioritering av resurser för egeninitierad verksamhetstillsyn som andelen inkommande anmälningar om missförhållanden som föranleder individtillsyn. Regeringen beslutade 2003 att ge resurser motsvarande cirka 100 s.k. äldreskyddsombud (varav några till Socialstyrelsen) för att ytterligare öka antalet tillsynsinsatser och utveckla arbetsformerna inom äldreomsorgen.

Några av länsstyrelsernas iakttagelser i tillsyn har direkt bäring på demensvård och relevans för mitt uppdrag. En gäller de problem som uppstår när enskilda personer inte kan föra sin egen talan och det inte finns någon företrädare utsedd. Det kan då ta lång tid att utse en sådan och den enskilde behöver insatser under tiden. Några länsstyrelser rapporterar att olika målgrupper blandas när kommunerna lägger ned särskilda boenden. Så t.ex. bor personer med demenssjukdom tillsammans med dels icke-dementa personer dels med personer med psykiska funktionshinder. Särskilda boenden inryms också i större komplex som innehåller många olika verksamheter. Några nybyggda särskilda boenden för personer med demenssjukdom har blivit mycket stora och har plats för 10–18 personer²⁴.

²⁴ Social tillsyn 2005. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn.

9.6.2 Socialstyrelsens tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården

Det övergripande syftet med Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården är att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Tillsynen fokuserar därmed på säkerheten för patienterna.

Tillsynen utförs av sex regionala tillsynsenheter (RT-enheter) och avser både hälso- och sjukvårdens verksamhet (verksamhets-tillsyn) och hälso- och sjukvårdspersonalen (individtillsyn). Huvuddelen av tillsynsresurserna används för den verksamhetsinriktade tillsynen och en mindre del för den individinriktade tillsynen. Socialstyrelsens tillsyn är både stödjande och granskande.

Tillsynen utgår dels från anmälningar, t.ex. anmälan enligt Lex Maria och anmälan från patienter och närstående, dels från myndighetens egna initiativ. Prioriteringen av de egna initiativen utgår främst från tillsynsavdelningens egna erfarenheter och som stöd har avdelningen sedan cirka tio år tillbaka registrerat samtliga Lex Maria- ärenden i en databas (Riskdatabasen). Denna utgör en viktig informationskälla om risker i hälso- och sjukvården. En annan viktig prioriteringsgrund är verksamhetsområden där patienter med starkt nedsatt autonomi vårdas.

Bland Socialstyrelsens iakttagelser i tillsynen som har relevans för mitt uppdrag kan nämnas sammanställningen av allvarliga skador som inträffat vid användning av sänggrindar (avsnitt 5.1) liksom varningen, baserad på registrerade riskhändelser, för att patientsäkerheten kan riskeras om vårdgivaren har överdrivna förväntningar på funktion och tillförlitlighet hos olika elektroniska larmsystem (avsnitt 5.5).

10 Hur behöver demensvården utvecklas för att förebygga behovet av tvångs- och begränsningsåtgärder?

Demensarbetsgruppen ansåg att följande sexton uppgifter¹, här återgivna något sammanfattade, var de viktigaste att genomföra för att förstärka och utveckla demensvården i Sverige.

1. Inför demensutbildning på samtliga grundutbildningar i vård och omsorg samt fortbildning för berörda yrkesgrupper.
2. Staten och vårdgivarna bör uppmuntra att spetskompetens i demenskunskap utvecklas i alla berörda professioner.
3. Inrätta tjänster för spetskompetens som demenssjuusköterskor eller motsvarande i kommuner och primärvård.
4. Vårdgivarna bör erbjuda handledning till all personal i demensvården.
5. Huvudmännen och staten bör stimulera fortbildning av vårdbiträden och undersköterskor i demenskunskap.
6. Samtliga kommuner och landsting bör i samverkan utveckla gemensamma demensvårdsplaner.
7. Kommuner och landsting bör i samverkan starta och utveckla demensteam.
8. Regeringen bör ge uppdrag till Socialstyrelsen att utveckla vägledning, nationella riktlinjer och/eller kvalitetsindikatorer för demensvården.
9. Staten, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet ska genomföra kvalitetsutveckling i demensvården genom ett kvalitetsprojekt som man gemensamt finansierar.
10. Regeringen bör tillsätta en särskild utredning med uppgift att överväga och ta ställning till om det fordras en särskild lagstiftning som gör det möjligt att vidta tvångsåtgärder.
11. Lokala riktlinjer och handlingsplaner för att undvika begränsningar och tvång bör tas fram i samtliga landsting och kommuner när ny lagstiftning finns på området.

¹ På väg mot en god demensvård, Ds 2003:47, s. 214–216.

12. Klargör och förtydliga ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting när det gäller hjälpmedel.
13. Huvudmännen och staten bör på både nationell och lokal nivå uppmuntra och utveckla samverkan med närstående och frivilligorganisationer.
14. Staten bör genomföra en bred nationell informations- och kompetenssatsning om unga demenssjuka.
15. Staten bör genomföra en nationell satsning på att sprida information om demenssjukdomar på olika invandrar- och minoritetsspråk.
16. Olika forskningsfinansiärer bör ge ökat forskningsstöd till demensområdet.

Jag kan konstatera att ett antal åtgärder har genomförts respektive pågår. Några av dessa har, enligt min bedömning, stor betydelse för att utveckla demensvården så att tvångs- och begränsningsåtgärder kan undvikas så långt möjligt.

Förutom min utredning (punkt 10) som förhoppningsvis kommer att leda fram till lokala riktlinjer och handlingsplaner för att undvika tvång och begränsningar (punkt 11), har staten och Sveriges Kommuner och Landsting initierat ett stort antal kvalitetsprojekt i landet (punkt 9)².

Socialstyrelsen har påbörjat arbetet med nationella riktlinjer för demensvård (punkt 8) som beräknas kunna publiceras under 2008. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) genomför en särskild studie om unga demenssjuka (punkt 14), som kan läggas till grund för en nationell satsning.

Likaså har, som framgått, oklarheterna i ansvarsfördelningen när det gäller hjälpmedel kartlagts i en studie av Hjälpmedelsinstitutet (punkt 12).

De viktiga utbildnings- och kompetensfrågorna (punkterna 1–5) har redan uppmärksammats bl.a. genom att statliga stimulansbidrag, via den s.k. Kompetensstegen, i stor utsträckning har kommit demensvården till del. I regeringens proposition Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre³, som riksdagen antagit, aviseras ytterligare statligt stöd till utbildning liksom till stöd till närstående till dementa och berörda frivilligorganisationer.

² En Bättre Demensvård är en gemensam satsning från Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialdepartementet med syfte att förbättra demensvården i landet. Arbetet bedrevs enligt den s.k. genombrottsmetodiken och pågick augusti 2003–februari 2006.

³ Regeringens proposition 2005/06:115.

En satsning på utbildning, specialisering och spetskompetens liksom på samverkan mellan olika yrkesgrupper (punkterna 6–7) krävs också för att personer med sviktande minnesfunktioner tidigt ska få möjlighet till en demensutredning och en eventuell diagnos. Detta bedömer jag vara en mycket viktig förutsättning för att en lagstiftning om tvångs- och begränsningsåtgärder ska kunna införas och få avsedda effekter.