

11 Allmänna överväganden och förslag om innehåll, personkrets och tillämpningsområde

11.1 Inledning

Sammanfattningsvis kan sägas att utredningsuppdraget innebär att jag ska bedöma om det finns behov av lagstiftning som reglerar användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder samt – om sådant behov anses finnas – lämna förslag till lagstiftning. Denna bör leda till en minskning av åtgärderna samt skapa ett för den enskilde, närstående och personal rättssäkert system.

De tvångs- och begränsningsåtgärder som mitt uppdrag avser, och som förekommer redan idag, är sådana att de enligt Regeringsformen kräver stöd i lag. Sådant lagstöd saknas. På samma sätt strider åtgärderna mot Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Detta är självfallet inte godtagbart.

Det är svårt att i dag närmare ange omfattningen av tvångs- och begränsningsåtgärderna. Uppenbart är dock att de förekommer i stor omfattning i den dagliga verksamheten. Någon statistik finns inte. Detta bör ses mot bakgrund av att de utgör en del av den dagliga rutinen i främst särskilda boenden för personer med demenssjukdom, och att de, som nyss anförts, saknar lagstöd. Från såväl personal som närstående har under mitt utredningsarbete entydigt framhållits att nuvarande förhållanden och rättsosäkerhet är otillfredsställande.

En lagstiftning som i vissa situationer och under vissa förhållanden medger användning av tvång är givetvis i sig inte det enda sättet att komma till rätta med de problem som ligger bakom mitt utredningsuppdrag. Ambitionen måste vara att ge stöd till personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom på sådant sätt att de kan behålla sitt självbestämmande så långt möjligt. När de har möjlighet att bestämma själva ska de få hjälp och stöd att göra det. Det handlar om respekt för mänsklig värdighet. Personalens möjligheter att få kontakt med och etablera en relation med den

demenssjuke är grundläggande för att kunna undvika tvång. Etiska aspekter och bedömningar måste ingå i vardagsarbetet inom demensvården.

Det är dock inte realistiskt att tro att personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom kommer att kunna vårdas helt utan inslag av tvång och begränsningar av rörelsefriheten eller inskränkningar i integritetsskyddet. Personalen kommer även i framtiden att behöva genomföra viss 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 bara användas när det är nödvändigt. Risksituationer ska så långt möjligt undvikas med frivilliga åtgärder. Tvångs- och begränsningsåtgärder ska vara sista utvägen och endast användas när det inte är möjligt att skydda den enskilde eller annan person på något annat sätt. Tvångs- och begränsningsåtgärder ska bara användas för att förhindra eller förebygga att den enskilde riskerar att drabbas av fysiska eller medicinska skador och 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 vård- och behandlingsmässiga motiv och får inte tillgripas för att minska behovet av personal.

Ett grundläggande syfte med en lagstiftning måste vara att skapa ett för alla berörda så enkelt och rättssäkert system som är möjligt. Såväl närstående som personal bör veta vilka regler som gäller. Av stor vikt är att närstående har möjlighet att framföra sina åsikter och påverka förhållandena.

Ett betydande problem är att fastställa den grupp som berörs av lagstiftningen. Som anges i direktiven finns många som uppvisar samma problematik som demenssjuka vad gäller nedsatt beslutsförmåga. Givetvis kan olika synpunkter göra sig gällande när man ska fastställa lagens personkrets. Jag har i detta uppdrag sett det som ett stort självständigt värde att avgränsningar mot andra grupper ska vara så klar och entydig som möjligt och att regelsystemet blir enkelt. Min övertygelse är dock att det inom en nära framtid behövs lagregler som omfattar alla grupper med nedsatt beslutsförmåga och att dessa regler – för att gränsdragningsproblem ska kunna undvikas – så långt möjligt måste vara neutrala i förhållande till funktionshinder, diagnos, huvudman, lagområde och driftsform.

Som närmare redovisats i uppdragets bakgrund berörs ett stort antal personer av en lagstiftning om tvångs- och begränsningsåtgärder. Givetvis innebär en ny lagstiftning också betydande ekonomiska konsekvenser. Det bör dock redan här betonas att en lagstiftning som skapar klarhet i handläggningen och ramar för hur och när tvångs- och begränsningsåtgärder får vidtas syftar till att förenkla arbetet inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom.

Självfallet måste mina förslag innebära en balansgång mellan å ena sidan direktivens krav och de nyss beskrivna utgångspunkterna för en lagstiftning och å andra sidan behovet av att se till att kostnaderna för en reform inte blir orimliga och inte högre än nödvändigt. Jag är medveten om att olika lösningar av de problem jag har att ta ställning till leder till avsevärda skillnader i fråga om kostnader. Frågor om t.ex. vilka som ska omfattas av lagen, omfattningen av en utredning om behov av tvångs- och begränsningsåtgärder för en viss person och frågor om vem som ska fatta beslut om åtgärden och omfattningen av medverkan av offentligt biträde har självfallet stor betydelse ur kostnadssynpunkt. I bl.a. dessa frågor finns – som senare redovisas – olika alternativ och skilda bedömningar kan göras. Vid de bedömningar som görs i dessa delar anser jag att bl.a. följande bör beaktas.

Den nu föreslagna lagstiftningen ger utrymme för att använda tvångsåtgärder på samma sätt som i viss annan gällande lagstiftning i vilka finns ett utbyggt system för att skydda den enskildes rätts-säkerhet. Graden av tvång och frihetsinskränkning skiftar mellan de olika av mig föreslagna åtgärderna. Det personliga lidande och obehag de kan föranleda varierar också. Det finns inte något belägg för att känslan av lidande och obehag skulle vara mindre på grund av demenssjukdomen och den bristande förståelsen för varför åtgärden vidtagits. Lagstiftningen berör en ytterst svag grupp människor som just på grund av sin utsatthet är i särskilt behov av trygghet, skydd och samhällets stöd. Valet bland de ovan nämnda alternativen bör göras så att dessa intressen blir tillgodosedda. En lagstiftning som inte i rimlig mån gör detta är inte att se som meningsfull.

Enligt direktiven ska jag utarbeta mina förslag med beaktande av vad förmynderskapsutredningen föreslagit (SOU 2004:112). Förslagen har ännu inte behandlats av regeringen, vilket självfallet leder till viss osäkerhet i mitt arbete. Mina förslag har därför utgått från nu rådande förhållanden. Som jag tidigare anfört är det angeläget

att förslaget om vårdombud, som kan företräda patienter med nedsatt beslutsförmåga inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, liksom förslaget om s.k. framtidsfullmakter kan bedömas och bli föremål för beslut. De har självfallet stor betydelse för tillämpningen av de lagregler om tvångs- och begränsningsåtgärder som jag ska föreslå.

Vid utarbetandet av beslutsfrågorna och frågorna om handläggningen av ärendena har jag i stor utsträckning jämfört med hur dessa frågor har hanterats i LVU och LVM. Naturligtvis är jag medveten om att dessa lagar behandlar helt andra grupper av människor och annan problematik, men beträffande bl.a. processuella frågor finns goda skäl för att jämföra med dessa lagars väl inarbetade regler. Det innebär bl.a. att reglerna inte behöver göras mer komplicerade än nödvändigt samtidigt som mina föreslagna regler överensstämmer med dem som t.ex. socialnämnden har erfarenhet av. Beskrivningen av rättsliga förhållanden och bedömningen av rättsliga handlägningsfrågor utgör en avsevärd del av betänkandets text och förslag till lagstiftning. I stor omfattning avser lagstiftningen – liksom i LVU och LVM – frågor om handläggningen i domstol. Dessa frågor torde i mindre grad beröra den som i andra sammanhang än i domstol har att tillämpa lagen.

Brottsbalkens nød- och nödvärnsregler som berörts bl.a. i direktiven kvarstår självfallet oförändrade. I vissa fall kan de liksom förut bli tillämpliga. Som anförts i olika sammanhang är de dock inte avsedda att tillämpas i de situationer som mina förslag behandlar utan för att lösa tillfälligt uppkomna situationer.

11.1.1 Vissa legaldefinitioner

I detta betänkande avses med

- *socialtjänst* – verksamhet som bedrivs enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- *socialnämnd* – den eller de nämnder som enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten, eller enligt 22 § lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade utövar kommunens verksamhet enligt den lagen.

- *särskilt boende* – 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 eller bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, och korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt 9 § 6 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade som verkställs i ett korttidshem.
- *dagverksamhet* – dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen och daglig verksamhet enligt 9 § 10 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

11.2 Principiella synpunkter på vård och behandling för personer med nedsatt beslutsförmåga

Min bedömning:

- Beslut om vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga kräver ett övervägande i varje enskilt fall där den enskildes aktuella inställning, hans eller hennes hypotetiska vilja samt vårdens/personalens uppfattning om vad som är den enskildes ”bästa” vägs samman.

En grundläggande värdering är att samhället av tradition har ett särskilt och självklart ansvar att värna personer som saknar eller har nedsatt beslutsförmåga i avgörande livsfrågor och som därför är särskilt utsatta och skyddslösa. Rättsligt avspeglar sig denna uppfattning bl.a. i socialtjänstlagens stadgande om kommunens yttersta ansvar för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver samt i Europarådets rekommendation om hjälpbehövande vuxna (avsnitt 3.19.4).

Jag har noterat att diskussioner om mitt uppdrag och om hur lagregler om tvång och begränsning kan utformas mycket ofta kommer att kretsa kring principiella frågor om hur vården ska förhålla sig till personer med nedsatt beslutsförmåga.

Personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom saknar som regel – i vart fall i stadier av sjukdomen när tvångs- och begränsningsåtgärder kan aktualiseras – förmåga att ge ett samtycke som kan få rättsverkan, dvs. en konsekvent viljeyttring som förutsätter förmåga att överblicka alternativa åtgärder, att kunna skilja på orsak och verkan samt att förstå vad en åtgärd innebär i form av framtida konsekvenser. Demenssjukdomarnas

normalförlopp innebär dessutom att denna förmåga gradvis minskar.

Frågan är i stort oreglerad i gällande rätt. Den lagstiftning som generellt reglerar socialtjänsten och sjukvården (HSL, SoL och LSS) betonar starkt frivilligheten och krav på samtycke och ger inget utrymme för tvång eller begränsning. Den lagstiftning som särskilt reglerar tvångsinsatser (LVM, LVU, LPT, LRV) innehåller mycket liten vägledning för mitt uppdrag.

Framför allt två synsätt bryts i diskussionen.

Ett utgår från människovärdet och innebär att alla människor är och bör betraktas som autonoma och beslutskompetenta. Det gäller också personer med t.ex. demenssjukdom till dess motsatsen har bevisats. Att en person visat sig ha nedsatt beslutskompetens i ett avseende betyder, enligt detta synsätt, inte att han eller hon behöver sakna det i annat avseende. Detta synsätt är, bedömer jag, en viktig förklaring till att det hittills inte har införts någon lagstiftning som tillåter tvång eller begränsning inom demensvården.

Ett annat synsätt utgår från de etiska principerna om att göra gott och om att undvika skada. Det handlar om vårdpersonalens moraliska skyldighet att i vissa situationer ge nödvändig behandling, vård och omsorg till personer med nedsatt beslutsförmåga, även när dessa inte är medvetna om sina behov och ibland också gör motstånd mot vård- och omsorgsinsatserna. Mitt uppdrag att överväga lagregler om tvång och begränsning inom demensvården är sannolikt en konsekvens av att detta synsätt vuxit sig starkare hos vårdens aktörer.

Det finns starka och berättigade önskemål om att bägge dessa perspektiv ska komma till uttryck i förslaget till lagstiftning. Realistiska hänsyn till och bedömningar av den demenssjukes förmåga till självbestämmande och samtycke bör balanseras mot hänsyn till närståendes och till den vårdande personalens kunskaper och uppfattningar. Det vore olyckligt, och sannolikt en förändring till det sämre, om den starka fokuseringen på den demenssjukes autonomi och självbestämmande i nuvarande lagstiftning skulle ersättas med ett lika starkt hänsynstagande till personalens uppfattning.

Statens medicinskt-etiska råd (SMER) för i sitt remissvar¹ på förmyndarskapsutredningens betänkande ett principiellt och sammanhållet resonemang om hur sjukvården kan besluta om livs-

¹ SMER 2005-09-02 (Dnr 4/2005), Remissyttrande över Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112).

uppehållande behandling för beslutsinkompetenta patienter. Trots att SMERs utgångspunkt således är sjukvård i livets slutskede bedömer jag att resonemanget har relevans även för beslut om omvårdnadsinsatser för personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom. Enligt SMER kan beslut i dessa frågor fattas på fyra olika sätt:

1. Av patienten själv i förväg genom ett vårddirektiv, som sjukvården ska respektera med hänvisning bl.a. till patientens rätt till självbestämmande.
2. Ibland kan patienten själv trots sin beslutsinkompetens uttrycka sin aktuella inställning, och sjukvården kan då välja att tillmötesgå detta önskemål.
3. Beslut kan fattas för patientens räkning utifrån vad man har anledning tro att han eller hon själv hade önskat som beslutskompetent i den aktuella vårdsituationen. Avgörande hänsyn tas då till patientens hypotetiska vilja.
4. Sjukvården kan också agera för patientens bästa – en tanke som kan ges varierande innehåll, men som inte nödvändigtvis överensstämmer med patientens uttryckliga önskemål.

SMER för inledningsvis ett resonemang som utgår från förutsättningen att vårddirektiv finns. SMER anser att sådana bör ges en starkare ställning än vad förmynderskapsutredningen föreslagit. Den inställning som en beslutskompetent person uttryckt i förväg om sin framtida vård bör, enligt SMER, som regel respekteras med hänvisning till personens självbestämmande och trygghet. Jag delar principiellt den uppfattningen men fördjupar mig inte här i olika frågor kring detta med hänvisning till att förmynderskapsutredningens förslag och remissinstansernas synpunkter nu bereds inom Regeringskansliet.

För de fall det saknas vårddirektiv – det kommer med all sannolikhet att gälla det stora flertalet situationer även i framtiden – återstår således tre sätt att besluta om vårdinsatser för beslutsinkompetenta patienter: att respektera en beslutsinkompetent persons inställning, om en sådan finns; att tillmötesgå en patientens hypotetiska vilja – den vilja han eller hon förmodas skulle ha haft om beslutskompetens i den aktuella vårdsituationen förelegat; och att agera för patientens ”bästa”.

SMER diskuterar dessa tre sätt att besluta, men finner att inget av sätten var för sig är tillräckligt som utgångspunkt för en lagstift-

ning. Det krävs istället en etisk diskussion i varje enskilt fall där patientens aktuella inställning, hans eller hennes hypotetiska vilja samt personalens uppfattning om vad som är patientens "bästa" får vägas samman.

Torbjörn Tännsjö, professor i praktisk filosofi vid Stockholms universitet, har diskuterat frågor om när personer med nedsatt beslutskompetens på grund av demenssjukdom eller utvecklingsstörning bör ges hälso- och sjukvård med tvång med tvång samt om sådan tvångsvård kan lagregleras. Jag bedömer att också hans diskussion har relevans för mitt uppdrag.

Den diskussionen bygger bl.a. på distinktionen mellan "beskedligt tvång" – när patienten inte vet sitt eget bästa och personalen därför manipulerar honom eller henne att ta emot nödvändig vård och omsorg – och "beskäftigt tvång", när personalen ger vård och omsorg med tvång i huvudsak för sin egen eller för tredje persons (make eller maka, sambo, släkting m.fl.) bästa.

Torbjörn Tännsjö's slutsats är att det inte, trots att det hade varit önskvärt, är möjligt att bygga ett rättssystem på patientens förmåga till samtycke eftersom samma patient kan vara kapabel att besluta om sin vårdsituation vid ett tillfälle men inte kapabel att fatta samma beslut vid ett annat. Det är heller inte möjligt, hävdar han, att med lagregler definiera vad som är "beskedligt" tvång – och som i vissa situationer kan vara etiskt och moraliskt rätt att använda – respektive "beskäftigt" tvång, som aldrig är etiskt och moraliskt försvarligt².

Vad som anförts i detta avsnitt visar, enligt min uppfattning, svårigheterna att härleda en bärkraftig lagstiftning ur ett visst synsätt på den enskilde och dennes vård.

² Torbjörn Tännsjö (2002), *Tvångsvård – om det fria valets etik i hälso- och sjukvård*, Thales, Stockholm.

11.3 Åtgärder som innebär tvång, begränsningar och inskränkningar i integritetsskyddet behöver regleras i lag

Min bedömning:

- Fördelarna med en lag om tvångs- och begränsningsåtgärder överväger nackdelarna vid en samlad bedömning.

Mina förslag:

- Lagen bör 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.
- Lagen bör kompletteras med föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen som stöd för personalen.
- Lagen bör utvärderas efter fem år
- En rådgivande grupp av experter bör utses för att följa hur lagen används och värdera praxis i förhållande till frågor om rättssäkerhet och verksamhetsutveckling.

En första fundering är att själva tanken att införa lagregler som medger tvångs- och begränsningsåtgärder mot personer med demenssjukdom, en av de mest utsatta och skyddslösa grupperna i vården, spontant kan förefalla främmande. Det är sannolikt en förklaring dels till att sådan lagstiftning är sällsynt internationellt dels till att införandet, i länder där den finns, tagit lång tid på grund av ideologiska, etiska och andra diskussioner.

I såväl Danmark som Norge har man inledningsvis stiftat tillfälliga lagar som ska utvärderas efter viss tid. Lagstiftaren förefaller alltså ha intagit en ödmjuk attityd till de etiska och praktiska problemen liksom till svårigheter att förutse lagstiftningens effekter.

Mina utgångspunkter för en ny lagstiftning är, som jag redovisat tidigare, att den primärt måste syfta till att förbättra situationen för personer med nedsatt beslutsförmåga och deras närstående vad gäller säkerhet och livskvalitet. Den måste på ett rimligt sätt utgå från vårdens och personalens faktiska förutsättningar. Lagen måste vara enkel att förstå och tillämpa och bli ett verkligt stöd för personalen i det dagliga arbetet. Ett viktigt syfte är att lagen ska tillåta sådana nödvändiga tvångsåtgärder för den enskildes bästa som personal idag genomför utan direkt lagstöd.

Dessa utgångspunkter stämmer väl överens med vad bland andra socialberedningen, Socialstyrelsen, demensarbetsgruppen och förmynderskapsutredningen framfört (avsnitt 1.4). Särskilt tungt i vågskålen för en lagstiftning anser jag att hänsynen till den enskildes rättssäkerhet väger. Ett viktigt argument är givetvis det faktum att svensk grundlag förutsätter att ingen medborgare ska kunna utsättas för samhälleligt tvång utan lagstöd, vilket helt uppenbart sker inom detta område.

Men jag kan också se några relativt tunga invändningar mot att införa en ny lag. Statsrådets motiv³ för att avstyrka socialberedningens lagförslag med hänvisning till att det är lagtekniskt komplicerat att avgränsa personkretsen och lagens tillämpningsområde är fortfarande relevanta. Dessutom råder, som framgått, osäkerhet om vad som ska ske med den näraliggande lagstiftningen om legala ställföreträdare.

Det är svårt att stifta och tillämpa en lag om tvångs- och andra begränsningsåtgärder inom detta område. Personal inom demensvården måste löpande och i stunden göra svåra och komplexa avvägningar mellan rättssäkerheten för en person med nedsatt beslutsförmåga å ena sidan och dennes omvårdnad, värdighet och fysiska säkerhet å den andra. Varje person och situation är unik och personalen måste flexibelt anpassa sig till den förutsättningen. Vad som i en specifik situation är rätt agerande mot en person kan vara fel i förhållande till en annan person. Likaså kan två personer i personalen förhålla sig till och ge omsorg på samma sätt till en person med demenssjukdom men resultatet kan ändå bli helt olika beroende på den personliga relationen ("personkemin"). Ytterst måste personalen förlita sig på sin erfarenhet och intuition för att kunna fullgöra sin uppgift.

Det är också fortfarande så, som statsrådet påpekade, att en förstärkt och utvecklad demensvård, bra metoder och – framför allt – goda relationer mellan personal som vårdar och personer som vårdas, är den bästa garantin för att tvångs- och begränsningsåtgärder ska kunna undvikas där så inte är helt nödvändigt.

Jag anser dock att fördelarna med lagregler överväger nackdelarna vid en samlad bedömning. En förutsättning är att lagen begränsas till de situationer där behovet av tvång och begränsning är uppenbart på grund av risken för att den enskilde annars kan komma till allvarlig skada eller allvarligt skada någon annan. Det är

³ Proposition 1990/91:58, Psykiatrisk tvångsvård m.m.

också nödvändigt att lagen kompletteras med föreskrifter och allmänna råd som stöd för den vårdande personalen.

Jag anser också att lagen bör utvärderas efter viss tid. Lagen ska reglera svåra och känsliga frågor som har stor betydelse för de berörda personernas livskvalitet och dess effekter kan i många avseenden vara svåra att förutse. Min bedömning är att fem år är lagom för att ge lagen och föreskrifterna rimliga förutsättningar att få genomslag. Så har man gjort både i Norge och Danmark. I den norska lagen stadgades dessutom att ansvarigt departement skulle utse en rådgivande grupp med experter som skulle följa hur lagen används och värdera praxis i förhållande till frågor om rättssäkerhet och verksamhetsutveckling. Enligt mitt förslag bör en liknande grupp inrättas även i Sverige.

11.4 Lagen ska omfatta personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom

Mina förslag:

- Lagen ska omfatta personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom.
- Med att en person har nedsatt beslutsförmåga avses i detta betänkande att denne saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den tvångs- och begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg.
- Frågor om vilken läkar- och annan medicinsk kompetens som ska krävas för att fastställa att en person uppfyller kriterierna för att ingå i lagens personkrets får regleras av Socialstyrelsen i föreskrifter.

I direktiven anges, som framgått i kapitel 4, att mina förslag i första hand ska avse äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom, men att jag också ska överväga om det finns personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av andra sjukdomar eller skador som bör inkluderas.

En första fråga när personkretsen ska preciseras är därför vad som ska avses med att en person har nedsatt beslutsförmåga. Mitt förslag är att beslutsförmågan ska bedömas i relation till förmågan hos en person, för vilken en tvångs- eller begränsningsåtgärd enligt lagen övervägs, att tillgodogöra sig information om åtgärden och

självständigt överväga vilka konsekvenser ett beslut om åtgärden skulle få. Om dessa förmågor saknas anser jag att personen har nedsatt beslutsförmåga. Denna precisering överensstämmer med förmynderskapsutredningens diskussion (avsnitt 1.5) om kriterier för att besluta om nedsatt beslutsförmåga.

En andra fråga gäller om personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av andra orsaker än demenssjukdom ska omfattas av mina förslag.

Jag noterar att socialberedningen i sitt lagförslag begränsade sig till personer med demenssjukdom samt utvecklingsstörning. Förmynderskapsutredningen föreslår en vidare personkrets för sin lag och inräknar också personer med tillfälligt nedsatt beslutsförmåga som får vård och behandling inom sjukvården. Men förmynderskapsutredningen hade andra direktiv och delvis andra utgångspunkter.

I såväl Norge som Finland regleras, som framgått, tvångsinsatser för utvecklingsstörda i särskilda lagar och i Danmark regleras tvångsinsatser för personer med demenssjukdom och personer med utvecklingsstörning i samma lag. I Norge har regeringen liksom de flesta remissinstanser, föreslagit⁴ att lagstiftningen för dessa grupper på sikt bör göras gemensam.

Mina direktiv är att i första hand överväga lagstiftning för personer med nedsatt beslutsförmåga till följd 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 som 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 och som så långt möjligt är neutrala till funktionshinder, diagnos, huvudman, lagområde och driftsform. En begränsning till enbart personer med demenssjukdom kommer att innebära etiska, rättsliga och organisatoriska avgränsningsproblem i praxis framför allt i förhållande till personer med utvecklingsstörning och förvärvad hjärnskada som ingår i LSS personkrets. Inom dessa grupper finns med all säkerhet personer med nedsatt beslutsförmåga och liknande problematik och beteende som personer med demenssjukdom, och därmed med liknande behov av en lagreglering av tvångs- och begränsningsåtgärder som skydd mot skador av olika slag. Diagnoserna är inte

⁴ Ot.prop nr 55/2002–2003 s. 20.

heller knivskarpa utan överlappar varandra. Så t.ex. utvecklar många personer med Downs syndrom senare i livet Alzheimers sjukdom, som ju är den vanligaste demenssjukdomen.

Skulle även personer med utvecklingsstörning och förvärvad hjärnskada tas med i personkretsen försvåras och förlängs utredningsprocessen. Svensk handikappolitik har under de senaste decennierna mycket starkt betonat "normaliseringsprincipen" och att personer med funktionshinder ska kunna "leva som andra", vilket har manifesterat sig i tillkomsten av LSS och assistansreformen. Diskussioner om nödvändigt tvång har passerat dåligt in i denna utveckling. Den svenska handikapprörelsen kritiserade också den norska tvångslagstiftningen för personer med utvecklingsstörning när den kom⁵. Det krävs därför, enligt min bedömning, mer kunskap om berörda målgrupper och deras förutsättningar samt diskussioner med brukare, närstående, personal och vårdgivare om värderingar och etik liksom om praktiska detaljer innan personer med utvecklingsstörning kan inkluderas i en tvångslagstiftning.

Jag föreslår därför att lagreglerna om tvångs- och begränsningsåtgärder i ett första skede begränsas till att omfatta personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom. Frågan om att utöka personkretsen bör tas upp vid den utvärdering av lagstiftningen som jag föreslår ska ske efter fem år.

Däremot kan jag inte se några bärande motiv för att begränsa lagens personkrets till personer över 65 år med demenssjukdom. Den åldersgränsen har ingen avgörande betydelse för sjukdomens debut eller förlopp. Jag föreslår således att lagstiftningen ska omfatta alla personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom.

Det bör då påpekas, som framgått av avsnitt 4 liksom i bilaga 4, att demenssjukdom är ett samlingsbegrepp för ett stort antal sjukdomar.

Det primära villkoret för diagnosen demens är bevis för en nedsättning av de kognitiva förmågorna i sådan omfattning att det innebär en avsevärd försämring jämfört med tidigare funktionsnivå. De symptom som ingår är glömska, försämrad tanke-, kommunikations- och orienteringsförmåga samt försämrad praktisk förmåga, dvs. större svårigheter att upprätthålla inlärda färdigheter eller klara vardagssysslor. En del personer utvecklar även person-

⁵ Synen på tvång skiljer oss åt. Om skillnader mellan svensk och norsk handikappolitik. Johan Tvait Sandvin. Intra 2/2002.

lighetsförändringar med bristande insikt och dåligt omdöme, hämningsslöshet, aggressivitet, känslomässig avtrubbning och brist på empati⁶.

Det är därför mer korrekt att tala om ett demenssyndrom. Detta omfattar cirka 140 000 personer som utvecklat olika demenssjukdomar som t.ex. Alzheimers sjukdom (AD), vaskulär demens, frontallobsdemens, Lewy body demens, Parkinsons sjukdom med demens och demens i samband med amyotrofisk lateral skleros och multipel skleros.

Dessutom finns i storleksordningen 100 000 personer med minnesrubbningar och andra tecken på kognitiv svikt (MCI=Mild Cognitive Impairment) som kan vara ett förstadium till demenssjukdom.

Alla tecken pekar, som framgått, på att incidensen (nyinsjukandet) kommer att öka kraftigt när antalet äldre blir fler. Prognoser visar att över 250 000 personer kan ha en demenssjukdom år 2050.

Antalet utredningar om demens uppskattas i dagsläget till 17 000–20 000 per år. Det finns olika metoder att diagnostisera demenssjukdom som t.ex. klinisk historia, somatisk status, neuropsykologisk status, blodprover, EEG, EKG, olika röntgenmetoder samt bedömningar av logoped, sjukgymnast och arbetsterapeut. Det finns också olika test som kan ge vägledning för bedömning av i vilken grad sjukdomen har påverkat patientens kognitiva och s.k. exekutiva förmåga.

Jag föreslår att frågan om vilken läkar- och annan medicinsk kompetens som ska krävas för att fastställa att en person uppfyller kriterierna för att ingå i lagens personkrets får regleras av Socialstyrelsen i föreskrifter.

Frågor om hur dessa diagnoser kan fastställas i den kliniska verksamheten (arbetsgång, medicinskt och annat underlag, val av diagnostiska metoder etc.) kommer att belysas i de nationella riktlinjer för demensvård, som Socialstyrelsen och experter inom området nu utarbetar med ledning av SBU:s systematiska forsknings-sammansättning (avsnitt 1.5). Enligt Socialstyrelsens planering ska de nationella riktlinjerna vara klara under 2008.

⁶ SBU:s demensrapport 2006.

11.5 Lagen ska omfatta specifika åtgärder för att förhindra uppenbar risk för allvarliga personskador

Mina förslag:

- Lagreglerna ska medge dels vissa specifika åtgärder för att förhindra att den enskilde utsätter främst sig själv, och ibland även andra, för uppenbar risk att komma till allvarlig skada, dels möjligheter för personalen att fullfölja nödvändiga omvårdnadsinsatser mot den enskildes vilja.
- En åtgärd för att förhindra att den enskilde utsätter sig själv eller andra för uppenbar risk för att komma till allvarlig skada, ska – bortsett från angivna undantag – kräva en utredning, ett beslut samt dokumentation i särskild ordning oavsett om den enskilde motsätter sig, förhåller sig passiv till eller accepterar åtgärden.

Jag har tolkat att uppdraget gäller särskilda åtgärder som samhället – tidsbegränsat och i strikt definierade undantagsfall samt under tydligt reglerade former - ska kunna besluta för en person med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom. Ett huvudsyfte med en lagreglering är dessutom, enligt direktiven, att en sådan ska leda till att tvångs- och begränsningsåtgärder används mer sällan.

Jag anser att lagregleringen ska gälla vissa specifika åtgärder för att förhindra att den enskilde utsätter främst sig själv, och i vissa situationer även andra, för uppenbar risk för att komma till allvarlig skada. Åtgärderna ska objektivt sett innebära att den enskildes rörelsefrihet begränsas eller att påtagliga ingrepp sker i hans eller hennes integritet. Det ska – bortsett från i angivna undantagsfall – krävas en utredning, ett beslut samt dokumentation i särskild ordning oavsett om den enskilde motsätter sig en sådan åtgärd, förhåller sig passiv till den eller accepterar den.

Åtgärderna som sådana bör således definiera vad som utgör tvång och begränsningar enligt den föreslagna lagen snarare än den enskildes uttryckliga eller presumerade samtycke. För detta talar, anser jag, bl.a. hänsyn till såväl den enskildes rättssäkerhet som till personalens förutsättningar för att kunna utföra och ta ansvar för sitt arbete liksom hänsyn till lagens möjligheter att kunna fungera och tillämpas.

11.6 Lagens möjligheter till tvångs- och begränsningsåtgärder samt inskränkningar i integritetsskyddet

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,
- fullfölja nödvändiga omvårdnadsinsatser trots att den enskilde motsätter sig insatsen.
- Tvångs- och begränsningsåtgärder utöver de som föreslås ovan saknar stöd i lag och är således inte tillåtna.

Det ingår i uppdraget att jag ska ta ställning till om ett antal explicit angivna åtgärder ska vara tillåtna att använda i vård och omsorg av personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom och i så fall under vilka förutsättningar. Jag redovisar i det följande mina överväganden och förslag så att den – enligt min bedömning – mest ingripande åtgärden kommer först och övriga följer sedan i fallande skala vad avser inslaget av tvång och begränsning.

Den avgränsning av åtgärder som lagen föreslås omfatta innebär således att vissa andra tvångs- och begränsningsåtgärder, i likhet med vad som gäller nu, kommer att vara förbjudna. Det gäller t.ex. åtgärder som att isolera personer som uttryck för bestraffning, att använda lugnande och sövande mediciner som tvångs- eller begränsningsåtgärd, att spänna fast en person i sin säng eller att personal hotar, förolämpar eller förnedrar enskilda personer. Enligt mitt förslag ska det inte heller vara tillåtet att använda mikrofoner eller videokameror för övervakning eftersom det skulle innebära en alltför stor inskränkning i den enskildes integritetsskydd. Jag kommenterar detta ytterligare i avsnitt 11.6.4 om möjligheter att använda elektroniska larm m.m.

Genomgående för samtliga föreslagna åtgärder är att personalen bara ska få använda dem för att förhindra att en person utsätter

främst sig själv och ibland även andra för uppenbar risk för allvarlig skada.

Det bör noteras att mitt förslag att under särskilda betingelser ge personalen lagliga möjligheter att fullfölja vissa omvårdnadsinsatser mot den enskildes vilja inte anges i direktiven. Den har istället aktualiserats under utredningsarbetet som en stor och svår fråga för personalen i det dagliga arbetet med personer med demenssjukdom.

11.6.1 Möjlighet att flytta en person till särskilt boende

Mitt förslag:

Det ska finnas en laglig möjlighet att med tvång flytta en person till ett särskilt boende om denne befinner sig i riskzonen till allvarlig skada. Utöver de grundläggande kraven på demenssjukdom och till följd av denna nedsatt beslutsförmåga ska kriterierna vara:

- att flyttningen är helt nödvändig för att personen ska kunna få erforderlig hjälp,
- att hjälpen inte kan ges i personens ordinära boende samt
- att personen utsätter sig själv för risken att lida väsentlig personskada

Enligt direktiven ingår i mitt uppdrag att överväga

... om flyttning från eget boende skall kunna påtvingas någon enskild och i så fall föreslå hur en reglering skall utformas. Om den enskilde inte vill flytta men inte kan klara sig själv och tillräcklig säkerhet inte kan åstadkommas behöver det belysas hur sådana situationer skall lösas.

Utgångspunkten i socialtjänstlagen är att alla som bor på ett särskilt boende har ansökt om platsen som bistånd på eget initiativ och av fri vilja. Av detta följer att de också har rätt att på eget initiativ flytta ut från det särskilda boendet utan att personalen kan hindra dem.

11.6.1.1 Inte möjligt och lämpligt att generellt reglera flyttning till särskilt boende

I normalfallet tas dock inte initiativet till flyttningen av den enskilde utan av andra – make/maka, vuxna barn, hemtjänsten eller sjukvården – som bedömer att personen inte klarar att bo hemma (i ordinärt boende) längre. Som huvudargument för flyttningen uppges ofta att det finns en överhängande risk för allvarlig skada. Beslutet att flytta fattas i praktiken i en dialog mellan närstående, hemtjänsten och sjukvården där den enskilde kan medverka och påverka i olika grad främst beroende på hur långt demenssjukdomen har avancerat. Den enskildes samtycke är ofta presumerat, dvs. det förutsätts att hon eller han skulle ha samtyckt till flyttningen om frågan väckts innan demenssjukdomen försämrade förmågan att inse och bedöma vad flyttningen innebär.

Jag har förstått att det är vanligt att man beslutar om att flyttningen ska ske på prov för att lugna den enskilde. I praktiken är dock dessa flyttningar så gott som alltid slutgiltiga. Demenssjukdomen är progredierande, dvs. patienten blir stadigt sämre. Dessutom innebär flyttningen i sig ofta att försämringen accelererar därför att den enskilde förlorar invanda rutiner och välbekanta miljöer och inte förmår anpassa sig till nya förutsättningar. Vägen tillbaka stängs i praktiken också därför att närstående inte kan eller vill ompröva sitt beslut att initiera flyttningen, som givetvis oftast varit förenat med mycket smärta och ångest.

Enligt personal i särskilda boenden fogar sig den enskilde normalt i flyttningen efter en tid. Men det är vanligt att han eller hon inledningsvis är påtagligt orolig och i tal och handling – t.ex. genom att klä på sig och packa sina tillhörigheter – visar sin vilja att flytta hem. Det är också vanligt att demenssjuka personer, som avviker från det särskilda boendet, hittas vid sin tidigare bostad. Personalens strategi i dessa situationer är att med olika metoder avleda tankarna på den tidigare bostaden och peka på fördelar i den nya. ("Flytta hem? Men du kan väl dricka lite kaffe med oss först?")

Det formella beslutet om en flyttning fattas som regel av en biståndsbedömare (på delegation av socialnämnden) och till grund ligger en ansökan från den enskilde eller en närstående. I en rapport⁷ om hur biståndsbedömarna upplever sin arbetssituation redo-

⁷ Dilemman i biståndsbedömarnas yrkesutövning, Dunér A och Nordström M, FoU i Väst (1:2003).

visar dessa just beslut om flyttning till särskilt boende som komplexa och etiskt svåra⁸.

Som ett exempel nämns den ensamboende, äldre och sjuke personen som uppenbart far illa och behöver hjälp, men som avvisar all hjälp inklusive en flyttning till ett särskilt boende. Ska biståndsbedömaren trots allt tvinga på vederbörande hjälp och därmed köra över hans/hennes självbestämmande? Eller ska biståndsbedömaren respektera den äldres egen vilja och därmed riskera att begå en underlåtenhetssynd genom att inte ta sitt ansvar?

Som ett annat exempel nämns den situation där en äldre person har en önskan att få återvända hem efter en sjukhusvistelse – eller att få bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt – medan närstående för sin del hävdar att personen behöver en plats i särskilt boende. Detta driver närstående hårt trots att hemtjänst och hemsjukvård är villiga att stötta med extra resurser tillfälligt eller permanent. Det kan resultera i att den enskilde ”plötsligt” ändrar uppfattning och inte längre vill hem. Hur ska biståndsbedömaren tolka denna omsvängning?

Jag är tveksam till om det är möjligt och lämpligt samt administrativt och ekonomiskt försvarbart att generellt försöka reglera villkoren för flyttning till särskilt boende för personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom. Problemen som ska lösas berör djupt mänskliga, psykologiska och etiska dilemman och förutsättningarna varierar stort för varje enskilt fall vilket kräver inlevelseförmåga, fantasi och stor flexibilitet. Det kan visserligen finnas vissa frågetecken kring den enskildes samtycke och självbestämmande som sammanhänger med demenssjukdomens karaktär och yttringar. Men jag tycker inte att dessa motiverar lagregler som ska omfatta samtliga fall när dessa personer ska flytta till särskilt boende.

I de allra flesta fall bör man, anser jag, liksom nu förlita sig på att närstående, andra företrädare och personal i socialtjänst och sjukvård tillsammans med den enskilde i samråd vill och kan hitta den bästa lösningen i den svåra situationen. Besluten har som regel föregåtts av en lång process där alla inblandade har medverkat och på olika sätt förberett sig för flyttningen.

Det mest angelägna synes vara att ge stöd (handledning och möjligheter till konsultation) till biståndsbedömare och annan

⁸ Observera att redovisningarna gäller sådana flyttningar för äldre och sjuka personer i allmänhet och inte särskilt personer med nedsatt beslutsförmåga och demenssjukdom.

berörd personal att utveckla metoder för hur alla inblandade på bästa sätt ska kunna diskutera en eventuell flyttning, dess konsekvenser och vilka alternativ som kan finnas.

Så t.ex. är det, som visas i en avhandling⁹ från Tema Äldre i Linköping, angeläget att hitta metoder för att stödja båda makarna och själva parrelationen, när den ene maken drabbas av demenssjukdom. Intervjustudier med sådana par visar att bägge makarna värnar sin relation och att det finns ett ömsesidigt beroende¹⁰. Det finns därför skäl, enligt en viktig slutsats i avhandlingen, att sätta ett frågetecken för s.k. avlösning, som är ett vanligt sätt att stödja närstående som vårdar sina dementa makar. Avlösning innebär att den dementa maken vistas på ett korttidsboende i kortare eller längre perioder och det finns risk för att separationen leder till ökad förvirring och på så sätt försämrar förutsättningarna för en fortsatt fungerande parrelation. När maken eller maken, barn eller andra närstående inte längre förmår eller vill vårda en demenssjuk person i hemmet (trots stöd från hemtjänst och hemsjukvård) blir en placering i någon form av särskilt boende nödvändig.

11.6.1.2 Nödvändigt att kunna flytta en person med tvång i särskilda fall

Men jag har också informerats om undantagsfall då personalen önskat att det hade funnits lagliga möjligheter att flytta någon till särskilt boende med tvång. Det verkar främst gälla personer som saknar närstående och har levt ett isolerat liv tills demenssjukdomen gjort situationen och skaderisken i den ordinarie bostaden akut. Men det kan också gälla t.ex. personer med svår demenssjukdom som vräcks från sin bostad och lever som hemlösa i social misär med mycket stor risk för allvarlig sjukdom och andra skador.

Jag bedömer således att det i speciella - och säkert ganska sällsynt förekommande - situationer måste finnas en laglig möjlighet att med tvång flytta en person till ett särskilt boende för att undvika allvarlig skada.

Jag anser att förutsättningarna för en sådan flyttning med tvång ska formuleras strikt och restriktivt och bedömer att de kriterier

⁹ Exploring "couplehood" in dementia, a constructivist theory grounded study, Ingrid Hellström, Tema Äldre, Linköpings Universitet 2005.

¹⁰ Detta belyses också i TV-dokumentären (sändes bl.a. 13 januari 2006) "Lasse och Ulla" av filmaren Johanna Winblad. Filmen följer Lasse och Ulla under deras sista nio år tillsammans innan Lasse dör i Alzheimers sjukdom.

som gäller i den danska lagstiftningen i stort uppfyller dessa krav. I den krävs för att en person ska kunna flyttas med tvång

- att flyttningen är absolut nödvändig för att personen ska få nödvändig hjälp,
- att hjälpen inte kan ges i personens nuvarande bostad samt
- att personen utsätter sig själv för risken att lida väsentlig personskada.

Jag har förstått att dessa kriterier i sällsynta fall kan uppfyllas även av personer som antingen är okända för socialtjänsten eller som konsekvent avböjt alla erbjudanden om bistånd enligt SoL. Sådana personer uppfyller inte det generella krav för att ingå i lagens personkrets som jag formulerar i avsnitt 11.8. Kravet är att personen ska ha beviljats bistånd i form av särskilt boende, dagverksamhet eller hemtjänst enligt SoL eller beviljats insatserna ”bostad med särskild service för vuxna eller annan anpassad bostad” eller ”daglig verksamhet” enligt LSS. Men jag föreslår att de trots detta ska kunna flyttas med tvång till särskilt boende och att de, när de väl är där, om behov uppstår och förutsättningarna i övrigt föreligger, även ska kunna bli föremål för andra tvångs- eller begränsningsåtgärder i lagen.

I stort överensstämmer de kriterier som jag här föreslår ska gälla för flyttning med vad som redan idag gäller som förutsättningar för nödrätt enligt brottsbalken. Skillnaden är dock att nödreglerna endast medger tvångsinsatser tillfälligt eller under en kortare tid och därför inte kan användas som stöd för denna typ av permanent ändrat boende.

En konsekvens av att en flyttning sker med tvång med stöd av min föreslagna lag blir att kommunen inte kan träffa avtal med den enskilde om kostnaden för boendet på sedvanligt sätt med stöd av SoL. Som framgått bedömer jag dock att detta kan gälla ett ytterst begränsat antal personer. Jag tror också att kommunen relativt snart efter flyttningen, när den enskildes situation har stabiliserats, kan besluta om boendet inklusive hyran m.m. enligt SoL med samtycke från den enskilde och dennes gode man.

11.6.2 Möjlighet att låsa ytterdörren för enskilda personer

Mitt förslag:

- 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 ett beslut fattats att dörren får vara låst för en enskild 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.

En fråga som uppmärksammas och engagerat i mitt uppdrag är om och hur man kan förhindra att personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom lämnar boendet med risk för att skada sig.

I första hand tänker man då på risksituationer utomhus när personer går vilse, förfryser, drabbas av trafikskador m.m.. Dessa risker är, som framgått i avsnitt 5.2, reella och kan uttryckas i siffror.

På vissa demensenheter, som inrymts i flervåningshus, kan det dessutom finnas en uppenbar risk för allvarlig skada redan inomhus om enheten eller avdelningen ligger i anslutning till ett trapphus.

Regeringsformens bestämmelser innebär att ingen får frihetsberövas utan stöd av lag. Detta innebär att en inlåsnings inte får ske om den enskilde inte kan öppna. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd gäller, som framgått, att man får låsa för att fördröja men inte låsa in. Samma regel gäller för övrigt i den danska lagen. Den vanligaste låsmetoden i Sverige är därför kodlåset som de boende teoretiskt, men inte i praktiken, själva kan behärska¹¹.

Jag anser att denna tillämpning av Socialstyrelsens allmänna råd strider mot gällande lag därför att ett kodlås i praktiken är det samma som en låst dörr för de flesta personer med måttlig eller

¹¹ Alla har nyckel – ingen kan öppna, Länsstyrelsen Jönköpings län, Meddelande 2000:4.

svår demenssjukdom. Jag anser därför inte att installation av kodlås på ytterdörren eller dörren till en avdelning eller en enhet kan tolkas som att ansvariga för verksamheten därmed uppfyller kraven i Socialstyrelsens föreskrift om förbud mot inlåsning. Att koden finns angiven i närheten av dörren saknar betydelse eftersom den enskilde inte har förmåga att utnyttja den för att öppna.

Min slutsats är därför att det bör finnas en laglig möjlighet för personalen att låsa ytterdörren eller dörren till avdelningen eller enheten – men inte dörrar inom avdelningen eller enheten eller att låsa in de boende i sina lägenheter eller rum – för personer med demenssjukdom som annars löper uppenbar risk att råka ut för en allvarlig skada.

Kopplat till regeln om inlåsning ska det på samma grunder finnas en laglig möjlighet att dels hålla kvar en person, för vilken dörren ska vara låst, i ett särskilt boende om denne försöker avvika, dels återföra en sådan person till det särskilda boendet om denne avvikit obemärkt eller motsätter sig att återvända efter en vistelse på annan plats.

Sådana individuella beslut om inlåsning innebär dock problem i praktisk tillämpning eftersom det inte är möjligt att låsa ytterdörren bara för en eller vissa enstaka personer. Åtgärden i sig innebär att även andra personer på avdelningen eller enheten, som inte kan öppna dörren själva, blir inlåsta och beroende av hjälp från personalen om de vill komma ut. Dessa personer skulle då i rättslig mening kunna betraktas som frihetsberövade utan lagstöd.

För att problemet helt ska kunna lösas rent rättsligt måste som jag ser det, dörren vara olåst dygnet runt så att dessa personer obehindrat kan gå ut och in efter eget bestämmande. Detta ställer dock krav på att personalen löpande kan hålla uppsikt över dörren så att den eller de personer som har beslut om individuell inlåsning inte obehindrat kan lämna avdelningen. Jag inser att en sådan ny rutin dels skulle höja risknivån på avdelningen och därmed öka kraven på personalens uppmärksamhet dels i sin förlängning sannolikt innebär krav på en väsentligt ökad bemanning, i vart fall under kvällar och nätter.

Alternativet är att dörren hålls låst som nu och att personalen har en hög beredskap att utan fördröjning släppa ut och in de personer som inte omfattas av individuella beslut om inlåsning. Men det alternativet tillgodoser, som framgått, dock inte helt de rättsliga kraven.

En möjlighet att med ny teknik lösa problemet skulle kunna vara att utrusta personer, för vilken dörren ska vara låst enligt individuella beslut, med elektroniska sändare som selektivt låser dörren när dessa personer (men inga andra) närmar sig. Jag känner inte till om den lösningen har utvecklats eller införts någonstans, men enligt min preliminära bedömning finns inga avgörande etiska eller vårdmässiga invändningar i så fall.

Ytterligare aspekter att väga in i en diskussion om praktiska konsekvenser av att hålla ytterdörrar eller dörrar till avdelningar eller enheter låsta respektive olåsta är dels kraven på snabb och säker utrymning vid brand och liknande fara, dels problem – som i ökad utsträckning tycks förekomma på särskilda boenden – att förhindra att obehöriga utomstående personer tar sig in bl.a. för att stjäla.

Vid en mer praktisk än principiell bedömning av om dessa dörrar kan vara låsta får de boendes säkerhet och trygghet vägas mot det principiellt och rättsligt tveksamma i att boende under kortare tid och utan lagstöd saknar möjlighet att lämna avdelningen. I bedömningen får vägas in exempelvis risken för att personer ska skadas vid fall, att obehöriga kan ta sig in på avdelningen och att personalen får ägna tid åt bevakning istället för åt vård och omsorg. Det är också ett relativt vanligt beteende bland personer med demenssjukdom, enligt vad jag erfarit, att dessa – utan direkt avsikt att ta sig ut – tar tag i dörrhandtaget. Om dörren då vore olåst skulle dessa personer ganska ofta, mer av misstag, kunna gå ut obehövt och därmed riskera att skada sig.

Om en sådan samlad avvägning leder till slutsatsen att risken för skador och intrång bedöms så stor att de boendes säkerhet äventyras kan, enligt min uppfattning, ytterdörren eller dörren till avdelningen eller enheten vara låst. En förutsättning är dock att den med kort dröjsmål kan öppnas för personer som inte har individuella beslut om inlåsning antingen direkt av personalen eller – om det inte innebär säkerhetsrisk för de boende – med hjälp av sådana tekniska hjälpmedel som jag redogjort för ovan.

Ett särskilt problem i samband med låsta dörrar, som jag refererar i avsnitt 5.2, handlar om möjligheten att hindra personer med demenssjukdom från att gå in till medboenden och störa under kvällar och nätter. I några kommuner har man hanterat detta problem genom att installera s.k. hotellås. Jag anser dock att grundproblemet här är en ordningsfråga, som visserligen vållar irritation

och olägenhet för personal och boende, och inte en fråga för lagstiftning.

11.6.3 Möjlighet att använda sänggrindar, bälten och brickbord

Mitt förslag:

- 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.

En annan uppenbar risk för skador avser personer som faller ur sängar och ur stolar. Den risken är också grundligt statistiskt underbyggd som framgått av avsnitt 6.1 om forskning om skydds- och tvångsåtgärder. I avsnitt 5.2 finns en närmare beskrivning av de tvångs- och begränsningsåtgärder som avses. Cirka 2 600 fallolyckor inträffar varje år inom särskilda boenden i svenska kommuner, och ett hundratal rapporteras årligen från den slutna sjukhusvården. Utländska studier visar att under ett år råkar varannan patient, som vårdas i olika former av långtidsvård för äldre, ut för en fallolycka, och var tionde får en allvarlig vårdskada som en höftfraktur eller hjärnskakning. Samtidigt debatteras hur vården ska förhålla sig till risken för fallskador och vilka åtgärder som effektivast förhindrar eller förebygger att de inträffar och många aktiviteter pågår för att öka kunskapen om detta.

Min slutsats är att det ska finnas lagliga möjligheter att dels använda sänggrindar för att förhindra att den enskilde riskerar att falla ur sängen, dels använda brickbord, bälte, sele eller liknande anordningar för fastspänning för att förhindra att den enskilde antingen riskerar att glida ur en stol och skada sig eller att resa sig från stolen, falla och skada sig.

Det finns dock, som framgått i kapitel 5, andra och mindre ingripande åtgärder som nogga bör övervägas som alternativ till dessa tvångs- och begränsningsåtgärder. Så t.ex. kan en höj- och sänkbar säng vara ett positivt alternativ till en sänggrind. Ergono-

miskt utformade stolar liksom höftskyddsbyxor och halksockor är andra exempel på alternativa hjälpmedel för att förebygga fallskador.

11.6.4 Möjlighet att använda pejlings- och larmanordningar

Mitt förslag:

- 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 larmanordning.
- 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.

De olika pejlings- och larmanordningar, som nu förekommer, fyller funktionen att göra personalen uppmärksam på att den enskilde har hamnat eller kan hamna i en situation med skaderisk. De olika anordningarna har beskrivits i avsnitt 5.3 och 5.5. Utgångspunkten är att personen har sin rörelsefrihet men står under övervakning. Jag anser principiellt att larm innebär mindre av tvång och begränsning än inlåsning och fastspänning och på sätt och vis kan ses som positiva alternativ till dessa åtgärder.

Larm regleras i dansk och norsk lagstiftning. I Sverige har Socialstyrelsen utfärdat föreskrifter för hur de får användas. Demensarbetsgruppen och förmynderskapsutredningen nämner larmen bland de åtgärder som bör övervägas i samband med en lagreglering. Vidare har jag i kontakterna med personal och ansvariga förstått att frågan om att installera pejlings- och larmanordningar ofta upplevs som komplex och laddad. Å ena sidan vill man inte att dessa ska innebära en övervakning som kränker de boendens integritet, å andra sidan menar man att det är bra om ny teknik som används på ett förnuftigt sätt kan varna för och förhindra att olyckor sker.

Min bedömning är att pejlings- och larmanordningar bör omfattas av en lagreglering med hänsyn till att de innebär ett ingrepp i den personliga integriteten. Jag föreslår därför att det ska krävas lagstöd för att kommunen ska kunna

- förse enskilda med sändare/elektroniska brickor (på kroppen eller i kläderna) så att deras position och förflyttning utanför boendet kan registreras,
- installera larm som t.ex. indikerar att den enskilde rör sig mot ytterdörren samt att
- installera så kallat sänglarm respektive larmmatta som signalerar att den enskilde lämnar alternativt lägger sig i sängen.

Trygghetslarm som den enskilde själv kan aktivera, och som är vanliga inom hemtjänsten, ska givetvis inte lagregleras. Samma sak gäller larm som närstående själva installerar i ordinärt boende. Som exempel¹² kan nämnas en kvinna som inte kan sova på nätterna därför att hennes demente make hela tiden går upp för att gå på toaletten, men inte hittar dit. Hon löser problemet med ett s.k. mattlarm. Det utlöses när maken sätter fötterna på mattan och hon hinner hjälpa honom i tid.

Som framgått av kapitel 7 om tekniska hjälpmedel så pågår en mycket snabb teknisk utveckling av olika elektroniska larm- och övervakningssystem. Samtidigt pågår en etisk samhällsdebatt om i vilka sammanhang och i vilken omfattning sådana bör användas. Positiva konsekvenser, som ökad trygghet och säkerhet, ställs mot negativa konsekvenser i form av inskränkningar i människors integritet och privatliv. Det är därför svårt att förutse vilka larm- och övervakningssystem som kan finnas på marknaden om några år och vad de kan innebära i form av möjligheter och risker inom demensvården. En sådan bedömning kan göras i samband med den utvärdering av lagstiftningen efter fem år som jag föreslår.

Jag anser dock, som framgått, att övervakning i den enskildes bostad, i såväl särskilt som ordinärt boende, med videokameror eller mikrofoner är så ingripande att den inte kan försvaras av vård- eller tillsynsskäl. Om sådan utrustning installeras blir rimligtvis inte bara personen med demenssjukdom utan även närstående och andra besökare utsatta för övervakning. Jag är medveten om att övervakning med videokameror eller mikrofoner i gemensamma utrymmen i någon mån och i vissa avseenden skulle kunna minska behovet av personal. Men enligt min mening skulle en sådan övervakning – som givetvis skulle avse samtliga personer som vistas i lokalerna – vara ett alltför stort ingrepp i de boendes integritet.

¹² Exemplet återges i tidskriften *Äldre i Centrum* nr 2/2005.

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

Mitt förslag:

- 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 skadar någon annan eller sig själv och situationen inte kan lösas på annat sätt.

Jag föreslår att personalen ska ha en laglig möjlighet att hålla fast och tillfälligt föra undan en mycket orolig och aggressiv person till ett annat rum som vid upprepade tillfällen hotar att skada andra boende. I enstaka fall måste denna möjlighet att hålla fast och föra bort också kunna omfatta en person som genom ett agiterat uppträdande och självskadebeteende uppenbart riskerar att allvarligt skada sig själv.

Förutsättningen ska vara att avledande och avvärande åtgärder har misslyckats, situationen är akut och risken för allvarlig personskada uppenbar. I sådana lägen ska personalen således ha rätt att med tvång hålla fast och/eller föra bort den aggressive personen tillfälligt för att få rådrum¹³. Det ska dock inte vara tillåtet att låsa in eller isolera personen.

Vid den/de första ingripandena på dessa grunder är det emellertid rimligt att reglerna om nöd/nödvarn i brottsbalken (avsnitt 3.17) kan tillämpas för att ge personalen möjlighet att bedöma om incidenterna är engångsföreteelser eller uttryck för ett mer långsiktigt beteende. I vissa fall kan även tvångsmöjligheterna i LPT bli tillämpliga.

Avsikten med lagregleringen ska dock inte vara att tvångs- och begränsningsåtgärder ska kunna användas mot personer enbart för att de uppvisar ett avvikande eller aggressivt beteende. Det ska krävas en uppenbar risk för allvarlig personskada. Risk för enbart materiell förstörelse ska således inte vara ett tillräckligt skäl, även om jag förstår att även sådana situationer kan förekomma och är mycket svåra för personalen att hantera.

¹³ Jämför med bestämmelsen om fastspänning i 19 § LPT.

11.6.6 Möjlighet att fullfölja nödvändiga omvårdnadsinsatser

Mina förslag:

- Lagen ska medge att nödvändiga omvårdnadsinsatser får fullföljas trots att den enskilde gör motstånd.
- En förutsättning måste vara att personalen innan dess med tålmod och empati försökt förmå den enskilde att samarbeta på helt frivillig grund.
- En annan förutsättning måste vara att omvårdnadsinsatsen verkligen är nödvändig och inte handlar om att korrigera ett avvikande beteende vad avser t.ex. klädsel, matvanor, bordskick och dygnsrytm.

Utöver de tvångs- eller begränsningsåtgärder som redovisats tidigare i kapitlet finns andra åtgärder som dels är mindre ingripande dels är svåra att definiera och bedöma och är så nära kopplade till samspelet mellan personal och boende i varje enskild situation att de inte kan eller bör detaljregleras i lag.

Jag tänker då på alla de situationer som kan uppstå i demensvårdens dagliga rutiner t.ex. i anslutning till uppstigning, toalett- och hygienrutiner och måltider¹⁴.

När personal får svara på frågan ”Vad är svårt i mötet med personer med demens?” är det ofta ovanstående vardagsrutiner man hänvisar till. Problem med att kunna tolka behov och beteende när personen gör motstånd mot en daglig och allmänt sett självklar rutin. Problem att kunna förklara och motivera och slippa göra något mot den demenssjukes motstånd/vilja¹⁵.

Utgångspunkten måste vara att det ligger i de demenssjuka personernas eget intresse att fullfölja dessa vardagliga rutiner som ingår i en normal livsföring och som är grunden för fysiskt välbefinnande, självrespekt och livskvalitet.

Det är därför självklart för mig att personalen ibland måste kunna använda verbala instruktioner eller korrigeringar och vad som kan kallas mild fysisk handledning eller ”påputtning” för att förmå personer med demenssjukdom – som gör motstånd på olika sätt – att gå upp ur sängen, gå på toaletten, duscha, klä sig, äta osv. Det är snarare så att det kan ses som en försumlig underlåtenhet

¹⁴ Se t.ex. rapporten *Arbetet från insidan – berättelser från äldre- och handikappomsorgen* (ingår i serien ”Kravmärkt yrkesroll”), SKL 2005.

¹⁵ Edberg A-K, red (2002) *Att möta personer med demens*, Studentlitteratur, Lund.

om personalen vid minsta motstånd skulle avstå från att försöka fullfölja dessa rutiner.

Erfarenheten visar dock att det i vissa sällsynt förekommande situationer inte är möjligt att genomföra nödvändiga omvårdnadsinsatser enbart med hjälp av övertalning, tålmod och ett socialpedagogiskt förhållningssätt.

Jag föreslår därför att det ska vara tillåtet enligt lag att besluta om att sådana nödvändiga omvårdnadsinsatser, som jag har beskrivit ovan, får fullföljas trots att den enskilde gör motstånd. Socialstyrelsens etikråd benämner (avsnitt 8.4.1) dessa handlingar som måste utföras – utan att bli plågsamma eller elakartade – mot den enskildes vilja och självbestämmande som "välfärdspaternalism". Beslut om sådana åtgärder ska beredas och fattas på samma sätt som de övriga beslut jag föreslagit.

En förutsättning måste dock vara att personalen innan dess med tålmod och empati verkligen har försökt förmå den enskilde att samarbeta på helt frivillig grund. Jag hänvisar här till vad som tidigare sagts om vikten av att känna till personens tidigare behov, vanor och levnadshistoria liksom om betydelsen av att det finns en gemensam vårdplan samt ett multiprofessionellt team för diskussion och handledning.

En annan förutsättning måste vara att omvårdnadsinsatsen verkligen är nödvändig. Det måste, som jag ser det, finnas en stor tolerans från personalens sida inför enskilda boendes vanor och preferenser vad avser hygienrutiner, klädsel, matvanor och bordsskick, dygnsrytm m.m. trots att deras beteenden ibland kan avvika rejält från vad som anses vara det normala.

Vid bedömning av om beslut bör fattas om att fullfölja en omsorgsåtgärd trots den enskildes motstånd, måste man i första hand ta hänsyn till om personen i något avseende kan lida allvarlig skada – om inte omedelbart så i vart fall på lite sikt - om man avstår från att fullfölja den. Så kan givetvis vara fallet t.ex. beträffande vissa hygienåtgärder. Jag anser att det ligger i den enskildes intresse att det finns en möjlighet att fullfölja hygienrutinerna.

Om en person vägrar att äta och personalen, trots att man försökt på alla de sätt jag beskriver ovan, inte kan förmå personen till det kan det relativt snart uppstå en risk för allvarliga medicinska skador. I dessa fall anser jag att de lagregler om medicinsk behandling med tvång, som jag föreslår i kapitel 13, blir tillämpliga och att personalen därför snarast ska informera personens läkare om situationen.

Det är också min övertygelse att metoderna för att förhindra att dessa nödvändiga omvårdnadsinsatser går längre än syftet motiverar, och blir för ingripande och/eller kränker den enskilde, måste handla om tillräcklig bemanning, utbildning, möjlighet till handledning, fortlöpande diskussioner om etik och bemötande m.m. – inte om att med en detaljerad lagstiftning försöka ange vad som är etiskt och moraliskt försvarbart.

11.7 Utgångspunkter och krav för att använda lagens tvångs- och begränsningsåtgärder

Mina bedömningar:

- 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, även om detta innebär vissa risker.
- Ingen ska behandlas på ett kränkande och nedvärderande sätt.
- Lagen ska syfta till att begränsa omfattningen av tvångs- och begränsningsåtgärder.
- Tvångs- eller begränsningsåtgärder får aldrig kompensera brist på personal, bristande utbildning hos personalen eller brister i lokaler och utrustning.
- En mindre ingripande åtgärd ska alltid övervägas före en mer ingripande.
- Tvångs- eller begränsningsåtgärder ska alltid användas så kortvarigt och skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till den enskilde och dennes närstående.
- Konsekvenserna av att inte ingripa berättigar tvångs- och begränsningsåtgärderna

Jag ska enligt direktiven föreslå dels hur användning av tvångs- och begränsningsåtgärderna ska regleras för att inte gå längre än vad som är motiverat, dels hur etiska värden ska kunna skyddas så att inte praktiska hänsyn tar överhanden.

Jag bedömer att det finns flera goda principer och formuleringar att hämta bl.a. i de danska, norska och engelska lagstiftningarna – som jag refererar i avsnitten 2.1, 2.2 och 2.4.1 – samt i tidigare

nämnda rekommendationer¹⁶ från Alzheimer Europa om hur lagliga rättigheter för vuxna personer med demenssjukdom kan förbättras.

11.7.1 Möjlighet att leva så normalt som möjligt även om det innebär risker

Utgångspunkten måste vara att också 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. Det innebär t.ex. att en person som tidigare varit en utpräglad friluftsmänniska, måste ges goda möjligheter till naturupplevelser genom att promenera och/eller vistas utomhus även om detta innebär en ökad skaderisk jämfört med om han eller hon skulle förbli sittande inomhus. Samtidigt har jag förståelse för att personalen kan uppleva konflikter i sådana valsituationer med tanke på de starka krav på patientsäkerhet och trygghet i omvårdnaden som dels finns i lagstiftning och övriga regelverk, dels ofta framförs av närstående.

Syftet med lagen måste vara att risker, möjligheter och livskvalitet å ena sidan kan balanseras mot begränsning, trygghet och säkerhet å den andra. I Alzheimer Europas rekommendationer finns en inledande paragraf om att demensvården måste få innehålla ett moment av risktagande. Även den danska lagen innehåller ett liknande ställningstagande. Jag tror att ett tydligt uttalande att risker finns och måste accepteras i vården skulle ha stor betydelse som en signal till framför allt närstående och personalen. Just makars eller barns oro för att deras dementa make eller förälder ska falla och skada sig liksom personalens oro för att de i så fall kan få obehag eller i värsta fall bli anmälda enligt Lex Maria eller Lex Sarah, är starka drivkrafter för att tvångs- och begränsningsåtgärder ska tillgripas ”för säkerhets skull”.

Det framgår t.ex. klart av kapitel 6 om forskning på området, att rädslan för att patienter ska falla och skada sig motiverar majoriteten av de fysiska tvångs- och begränsningsåtgärder (bälten, selar, brickbord m.fl.) som används idag. Samtidigt visar forskningen att effekterna av dessa åtgärder är tveksamma. Det förekommer inte

¹⁶ Recommendations on how to improve the legal rights and protection of adults with incapacity due to dementia, www.alzheimer-europe.org.

fler fallskador i boenden där bälten och brickbord används mer sällan. Från en medicinsk och fysiologisk utgångspunkt är påtvingad orörlighet givetvis kontraproduktiv, därför att den enskilde går miste om möjligheter att träna för att vidmakthålla muskler och balans och därmed blir mer fallbenägen. Det är därför viktigt att underlaget för ett beslut att använda en tvångs- eller begränsningsåtgärd också innehåller en plan för hur den åtgärden ska genomföras för att inte försämra patientens fysiska tillstånd och förmågor.

11.7.2 Ingen ska behandlas kränkande och nedvärderande

Intentionen bakom lagen ska vara att ingen i dess personkrets ska behandlas på ett kränkande och nedvärderande sätt. Den norska lagen innehåller en sådan formulering. En snarlik formulering finns även i Alzheimer Europas rekommendationer och i den engelska lagstiftningen talar en av de fem bärande principerna om "best interest" – vad någon gör för en person med nedsatt beslutsförmåga ska vara för dennes bästa. Behovet av liknande formuleringar i ett svenskt lagförslag får givetvis bedömas mot bakgrund av den redan existerande socialrättsliga och hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det finns, som framgår av avsnitt 8 om etik och värdegrund, uttalanden om människovärde, självbestämmande och integritet i SoL, HSL och LSS som är giltiga för vården av personer med demenssjukdom.

11.7.3 Lagen ska förebygga tvångs- och begränsningsåtgärder

Syftet med lagen är att begränsa omfattningen av tvångs- och begränsningsåtgärder. I den norska lagen finns inskrivet att kommunen har ansvar för att organisera verksamheten så att minsta möjliga tvång behövs genom t.ex. personalutbildning, handledning och uppföljning. I de danska och norska lagstiftningarna liksom i Alzheimer Europas rekommendationer anges i snarlika formuleringar att

- tvångsinsatser aldrig får ersätta omsorg, vård och socialpedagogiskt bistånd eller kompensera brist på personal, bristande utbildning hos personalen eller brister i lokaler och utrustning,

- en mindre ingripande åtgärd alltid ska prövas före en mer ingripande och att
- tvångsåtgärder alltid ska användas så kortvarigt och skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till den enskilde och dennes närstående.

I den engelska lagstiftningen är en tvångs- eller begränsningsåtgärd endast tillåten när den som beslutar eller utövar den skäligen (reasonably) tror att den är nödvändig för att förhindra att den enskilde skadas och om det tvång som utövas står i proportion till sannolikheten att skadan inträffar och hur allvarlig den kan bli.

11.7.4 Konsekvenserna av att inte ingripa berättigar tvångs- och begränsningsåtgärderna

Jag har ovan föreslagit att lagen ska omfatta vissa specifika åtgärder som personalen kan vidta för att förhindra att den enskilde utsätter sig själv eller andra för uppenbar risk för att komma till allvarlig skada.

Därav följer att det i de enskilda fallen är konsekvenserna av att inte gripa in som ytterst ska berättiga en tvångs- eller begränsningsåtgärd. För att personalen med lagstöd ska få rätt att låsa dörren, använda bälte eller annat rörelsebegränsande hjälpmedel eller ett integritetskränkande larm ska således krävas att syftet är att förebygga eller förhindra risken för en skada som bedöms kunna få mer negativa konsekvenser för den enskilde än tvångs- eller begränsningsåtgärden i sig.

11.7.5 Vad innebär "uppenbar risk att skada sig själv"?

En snäv tolkning bör gälla för innebörden av begreppet "uppenbar risk". För att t.ex. få använda bälte på en person bör denne tidigare som regel ha fallit inte bara en utan upprepade gånger och det bör också finnas en stor risk för hjärnskakning, brott eller fraktur även om personen bär t.ex. höftskyddsbyxor.

Jag vill betona att detta är min principiella inställning och att jag är medveten om att det i praktiken ofta är svårt att i förväg bedöma och gradera skaderisker. Så t.ex. ökar risken för att få en höftfraktur exponentiellt med åldern för personer fyllda 50 år och är

således normalt mycket stor bland personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom och särskilt bland kvinnorna. Frakturen kan mycket väl orsakas av ett enstaka fall som inte behöver vara särskilt dramatiskt. Samtidigt är aktivitet och rörelse det bästa sättet att bibehålla muskelstyrka och förebygga benskörhet. Förutsättningen för en lyckad rehabilitering efter en operation är dessutom att patienten omgående kan börja belasta benet och träna sig på att gå¹⁷.

11.7.6 Vad innebär "uppenbar risk att skada andra"?

"Utsätter ... andra för uppenbar risk att komma till allvarlig skada" är ett kriterium som är svårare att definiera. Min bedömning är att personer med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom ytterst sällan utgör en fara för andra.

Jag har dock fått refererat för mig situationer då personer i tillstånd av stor oro och aggressivitet hotat och i några fall även skadat andra boende och/eller personal. I första hand bör då andra avvärjande och förebyggande insatser utan tvång ligga nära till hands. Jag har dock förstått att det med hänsyn till reglerna om besittningsskydd i hyreslagen är svårt att t.ex. lösa en utdragen konflikt på en enhet eller avdelning genom att permanent flytta en aggressiv person.

11.7.7 Vad innebär "allvarlig skada"?

Begreppet "allvarlig skada" i samband med lagens olika tvångs- och begränsningsåtgärder bör tolkas snävt. Det samma gäller även i förhållande till de regler om medicinsk behandling med tvång som jag föreslår i kapitel 13. I reglerna för anmälningar enligt Lex Maria¹⁸ definieras "allvarlig skada" som en kroppslig eller psykisk skada, som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd, och som medfört behov av väsentligt förändrade vårdinsatser eller lett till bestående besvär.

Jag bedömer att det i dessa sammanhang kan handla om t.ex. hjärnskakning eller frakturer på höftben, armar eller ben samt trycksår, urinvägsinfektion, konsekvenser av undernäring och svåra

¹⁷ Rikshöft. Nationellt kvalitetsregister för höftledsoperationer, Årsrapport 2004. K-G Thorngren.

¹⁸ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt Lex Maria (SOSFS 2005:28).

smärttillstånd. Tolkningen bör även relateras till den generella formulering, som jag föreslagit ovan. Det måste vara försvarligt med ett visst risktagande i vård och omsorg om personer med demenssjukdom, om dessa ska kunna leva ett så normalt liv som möjligt och kunna behålla självrespekt, hälsa och livskvalitet. Blåmärken och andra lättare blessyrer bör således inte räknas som allvarliga skador.

11.8 Var ska lagen kunna tillämpas?

Mina förslag:

- Lagen ska tillämpas inom den primärkommunala socialtjänsten, dvs. i verksamheter som socialnämnd eller motsvarande ansvarar för.
- Utöver det grundläggande villkoret om nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom, ska den enskilde ha beviljats bistånd i form av särskilt boende, dagverksamhet, hemtjänst enligt SoL eller beviljats insatserna ”bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad” eller ”daglig verksamhet” enligt LSS.
- Det ska dock vara möjligt att flytta en person som inte beviljats sådant bistånd eller insatser till ett särskilt boende och att han eller hon där, om behov uppstår och förutsättningarna i övrigt föreligger, även ska kunna bli föremål för andra tvångs- eller begränsningsåtgärder i lagen.
- Lagen ska inte gälla i slutna vård på sjukhus enligt HSL.

Min bedömning:

- Pejlings- och larmanordningar samt möjlighet att fullfölja nödvändiga omvårdnadsinsatser trots den enskildes motstånd är i princip de enda tvångs- och begränsningsåtgärder som kan övervägas i ordinärt boende.

Jag har tidigare i avsnitt 11.4 definierat lagens personkrets som vuxna personer, oavsett ålder, med nedsatt beslutsförmåga på grund av en demenssjukdom. Det är utgångspunkten när jag diskuterar lagens tillämpningsområde.

Personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom vistas i huvudsak i ordinärt eller i särskilt boende inom social-

tjänsten inklusive korttidsboende för t.ex. avlösning och växelvård under perioder samt i dagverksamheter.

Omvårdnad inom socialtjänsten kan, förutom i kommunal regi, även ges av enskilda verksamheter som kommunen träffat entreprenadavtal med, samt av enskilda verksamheter som med tillstånd från länsstyrelsen träffar avtal med kommuner om vård av enskilda personer.

Jag föreslår att lagen ska tillämpas inom den primärkommunala socialtjänsten, dvs. i verksamheter som socialnämnd eller motsvarande ansvarar för. Utöver det grundläggande villkoret om nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom, krävs att den enskilde genom beslut enligt 4 kapitlet, 1 § SoL beviljats bistånd i form av särskilt boende, dagverksamhet, hemtjänst eller beviljats insatserna ”bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad” (9 § 9 LSS) eller ”daglig verksamhet” (9 § 10 LSS).

Det ska dock vara möjligt att flytta en person som inte beviljats sådant bistånd eller sådana insatser till ett särskilt boende (avsnitt 11.6.1) om kriterierna i övrigt är uppfyllda.

Jag bedömer att det, med hänsyn till problembeskrivningen i direktiven och mina samlade erfarenheter från utredningsarbetet, är självklart att lagens tillämpningsområde i första hand kommer att vara särskilda boenden inom socialtjänsten. I viss utsträckning kan lagreglerna även tillämpas inom hemtjänst i ordinärt boende. Jag kommenterar detta utförligare i avsnitt 11.8.4. Innan dess diskuterar jag några avgränsningar av lagens tillämpningsområde främst för att förenkla lagens processuella utformning samt förbättra förutsättningarna för dess införande, hantering och uppföljning.

11.8.1 Avgränsning mot sluten vård på sjukhus

En fråga är om lagen ska gälla även i de fall en person med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom tillfälligt vistas på sjukhus för vård eller behandling och sjukhuspersonalen skulle bedöma att någon av ovanstående tvångsåtgärder måste tillgripas för att förhindra att personen själv kommer till allvarlig skada eller allvarligt skadar personal eller medpatienter.

Det finns givetvis logiska och principiella argument för att samma regler ska gälla för likartade situationer oavsett om de inträffar inom socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Företrädare för

sjukvården har också påtalat att det även inom slutenvård på sjukhus - och kanske främst på psykiatriska kliniker - kan uppstå motsvarande behov av att tillgripa tvångs- och begränsningsåtgärder.

Men jag anser att det finns avgörande skillnader i ordinärt och särskilt boende jämfört med inom slutenvård på sjukhus vad gäller förutsättningar för och behov av lagregler om tvångs- och begränsningsåtgärder för personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom.

Ädelreformen innebär att socialtjänsten förväntas tillgodose äldre personers behov av såväl omvårdnad som, så långt möjligt, behov av sjukvård i ordinärt eller särskilt boende. Den politiska inriktningen¹⁹ har dessutom varit att förtydliga och förstärka kommunernas ansvar och resurser för hälso- och sjukvård. Utvecklingen tycks gå mot att fler kommuner tar över hemsjukvården i egen regi och mot att tillgången till läkarinsatser inom kommunal äldre- och demensvård säkras och utökas. Sjukhusvistelsen är därför oftast tillfällig och målet är att den ska bli så kortvarig som möjligt med hänsyn till den enskildes bästa – en ny miljö skapar lätt oro och förvirring. Detta mål har fått sitt konkreta uttryck i lagreglerna om kommunalt betalningsansvar för patienter som sjukvården bedömer vara utskrivningsklara²⁰.

Enligt kontakter med företrädare för Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter finns endast enstaka anmälningar eller riskhändelser i Lex Maria-statistiken och den s.k. Riskdatabasen som gäller patienter med demenssjukdom inom slutenvård på sjukhus.

Jag har även undersökt hur denna fråga hanteras och diskuteras i Danmark, som har några års praktisk erfarenhet av lagregler om tvång för personer med demenssjukdom. Där gäller inte de särskilda reglerna om maktanvändning när personer med demenssjukdom på "plejehjem" tillfälligt läggs in på sjukhus. Det är endast lagreglerna om psykiatriskt tvång som kan tillämpas i sådana situationer. Socialministeriet har inte upplevt att detta faktum innebär problem som ger anledning att ompröva om lagens tillämpningsområde också ska omfatta sjukhusvistelser. Eftersom antalet personer med demenssjukdom förväntas öka kraftigt vill man dock inte utesluta att problemen kan bli större i framtiden²¹.

¹⁹ Proposition 2005/06:115.

²⁰ Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss sjukvård.

²¹ Uppgifter via e-post från Bente Brandborg, Socialministeriet.

Min samlade bedömning är därför att övervägande skäl talar emot att nu innefatta sluten vård på sjukhus i lagens tillämpningsområde. Det främsta skälet är att jag ser avgörande fördelar med att – i vart fall inledningsvis – avgränsa lagens tillämpningsområde till en huvudman. Det är kommunerna som ansvarar för de verksamheter – särskilt boende samt hemtjänst i ordinärt boende – där målgruppen vistas den helt dominerande tiden och där problemen som lagen ska lösa i allt väsentligt uppstår. En avgränsning till kommunens ansvar enligt socialtjänstlagen och LSS skulle betydligt förenkla utformningen av lagens besluts- och överklagandeprocesser liksom frågor om hur lagen kan införas, följas upp och utvärderas.

Frågan om att utvidga tillämpningsområdet till att omfatta även slutet sjukvård kan tas upp vid den utvärdering av lagen som jag föreslår ska ske efter fem år, och som ska grundas på en bred och strukturerad uppföljning. Det kan för övrigt inte helt uteslutas att ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan kommuner och landsting avseende äldreomsorgen då har förändrats på ett sätt som ger nya förutsättningar. I regeringens proposition Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre²², som riksdagen antagit, föreslås att behovet av ett förtydligat regelverk för äldreomsorgen utreds och att en särskild äldreomsorgslag övervägs.

11.8.2 Avgränsning mot LSS

Jag har tidigare (avsnitt 11.4) föreslagit att lagen inte ska omfatta personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av utvecklingsstörning eller förvärvad hjärnskada.

Den avgörande personkretsbestämningen sker som framgått när de grundläggande villkoren om demenssjukdom och nedsatt beslutsförmåga prövas. Men jag har också haft ambitionen att formulera en definition av personkretsen i lagen som utgår från en distinktion mellan SoL och LSS. Min utgångspunkt har varit att lagen ska tillämpas inom socialnämndens ansvarsområde och så långt möjligt begränsas till boendeenheter och dagverksamheter enbart för personer med demenssjukdom. Jag bedömer att detta ger de bästa förutsättningarna dels för att införa och tillämpa lagen på ett enhetligt och praktiskt hanterbart sätt dels för att utveckla arbetsmetoder, bemötande och etik inom demensvården i enlighet med lagens intentioner.

²² Proposition 2005/06:115.

Ett viktigt syfte med lagen är ju att minska användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder och istället utveckla och stimulera alternativa och frivilliga metoder för att förebygga allvarliga personskador.

Hur en avgränsning mot LSS ska formuleras är dock ingen enkel fråga. LSS är en rättighetslag som kompletterar SoL utan att ersätta eller inskränka den och relationen mellan dessa lagar kan bli komplicerad i praxis och skapa problem som är svåra att förutse och överblicka.

Något förenklat uttryckt innehåller SoL och LSS i princip samma stödinsatser, men den enskildes rättssäkerhet är starkare i LSS. Dessutom syftar LSS till att ge den enskilde ”goda levnadsvillkor”, medan motsvarande formulering i SoL är ”skälig levnadsnivå”. Vidare är omvårdnaden i boendet kostnadsfri i LSS, vilket den inte är om boendet beslutats enligt SoL. Valet mellan att tillämpa den ena eller andra lagstiftningen kan således också få privatekonomiska konsekvenser.

Jag har provat tanken att helt eller delvis utesluta personer med beslut enligt LSS från lagens personkrets med avsikten att avgränsa tillämpningsområdet till boenden och dagverksamheter enbart för personer med demenssjukdom och beslut enligt SoL.

Mina kontakter med olika kommuner visar dock att verkligheten är mer komplicerad än jag insåg. Visserligen är huvudregeln i kommunerna att såväl målgrupper som verksamheter för insatserna ”bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad” och ”daglig verksamhet” enligt LSS respektive biståndet ”särskilt boende” och ”dagverksamhet” enligt SoL är klart urskiljbara och åtskilda i enlighet med lagstiftarens intentioner. Det förekommer dock undantag och kanske särskilt i mindre kommuner som av naturliga skäl har svårare att differentiera sina boendeformer efter olika diagnos- eller behovsgrupper.

Enligt kommunerna är det framför allt två grupper inom lagens tilltänkta personkrets som kan påverkas av en avgränsning mellan SoL och LSS.

Det förekommer, som framgått bl.a. i avsnitt 4.4, inte sällan att personer med Downs syndrom även utvecklar Alzheimers sjukdom i 40–50 årsåldern. Dessa personer vistas som regel i gruppboenden eller anpassat boende enligt LSS och kan bo kvar där även efter demensdiagnosen. I vissa men sannolikt relativt sällsynta fall har personer dock flyttats till ett särskilt boende för äldre personer med demenssjukdom. Kommunen har då bedömt att demenssjuk-

domen "helt tagit över" utvecklingsstörningen och att flyttningen därför innebär klara fördelar för personens vård och omsorg. I vissa fall har flyttningen skett med stöd av SoL, i andra har personen fått behålla sitt beslut om boende med särskilt service enligt LSS i det särskilda boendet. Detta har motiverats med att LSS är en rättighetslag och att det skulle vara till den enskildes nackdel om beslutet omvandlades från LSS till SoL.

Kommunerna uppger också att personer under 65 år med demenssjukdom skulle bli berörda om lagen avgränsas mot LSS. Den gruppens situation och problem har uppmärksammats särskilt på senare tid (avsnitt 1.5). Några större kommuner har inrättat speciella boendeformer för yngre personer med demenssjukdom, i vilka beslut om boende fattas enligt LSS.

Min slutsats är att övervägande skäl talar emot att införa ett villkor som innebär att personer, som uppfyller grundvillkoren om nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom, inte skulle omfattas av lagen om de har beslut om någon insats enligt LSS. Den nackdel det innebär för berörda personer om beslut enligt LSS omvandlas till beslut enligt SoL måste anses väga tyngre än fördelarna med en fullständig enhetlighet i personkrets och boendeformer, något som ändå verkar svårt att uppnå.

Jag tror dock att denna frågeställning i praktiken kommer att bli aktuell för ett mycket begränsat antal personer och att relationen mellan den föreslagna lagen och LSS ytterst sällan kommer att vålla problem i den praktiska verksamheten. Det finns dock anledning att följa och utvärdera lagens effekter för personer med både demenssjukdom och utvecklingsstörning/ funktionshinder och insatser enligt LSS.

Om t.ex. en kommun organiserar verksamheten så att en enstaka person med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom bor på en avdelning/enhet där övriga boende har nedsatt beslutsförmåga på grund av utvecklingsstörning så kan han eller hon – som enda person på avdelningen/enheten – bli föremål för tvångs- eller begränsningsåtgärder. Skulle den situationen inträffa måste kommunen givetvis se till att vare sig denne person eller de andra får en sämre situation på grund av det delade boendet.

Jag noterar för övrigt att Assistanskommittén (S 2004:06), som ser över reglerna för personlig assistans, har fått ett tilläggsuppdrag²³. Kommittén ska också se över LSS i sin helhet vad avser

²³ Direktiv 2006:68. Slutbetänkandet ska redovisas senast den 31 mars 2008.

bl.a. frågor om för- och nackdelar med dagens reglering, behovet av en samlad lagstiftning med tydligare krav på samråd och samverkan samt alternativa huvudmannaskap för verksamheter enligt LSS. Resultatet av den översynen ska givetvis vägas in när lagreglerna om tvångs- och begränsningsåtgärderna utvärderas.

11.8.3 Lagens tillämplighet i särskilt respektive ordinärt boende

Lagens fysiska tillämpningsområde kommer att i huvudsak vara särskilda boenden enligt SoL. Det är där den absoluta majoriteten av personkretsen vistas permanent och det är där som behovet av tvångs- och begränsningsåtgärder av självklara skäl oftast uppstår.

En viktig fråga är dock när – i vilka situationer och under vilka förutsättningar – lagens regler om tvångs- och begränsningsåtgärder ska kunna tillämpas i ordinärt boende för att göra det möjligt för personer med nedsatt beslutsförmåga att bo kvar längre i det egna hemmet.

Alla tvångs- och begränsningsåtgärder är – i större eller mindre grad – förenade med obehag och integritetsintrång. Flera av dem innebär också risker för fysiska skador. Dessa negativa effekter ska – som tidigare beskrivits – vägas in då ett beslut om tvångs- eller begränsningsåtgärder övervägs. Ansvar för de negativa effekterna inklusive skaderisken av ett beslut ligger odelat på den som fattat det, alltså normalt på kommunen och kan inte överföras på andra som t.ex. de närstående.

Det innebär att kommunen självfallet måste ha tillsyn över den som beslutet avser. På ett särskilt boende med ständigt närvarande personal kan ansvaret utövas på ett annat sätt än i ett ordinärt boende. Förutsättningen för beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder i ordinärt boende måste vara att kommunen har lika säker kontroll över att besluten inte leder till skador och obehag som i ett särskilt boende. Detta leder, enligt min uppfattning, till slutsatsen att tvångs- och begränsningsåtgärder i ordinärt boende kan förekomma endast i mycket begränsad omfattning.

Så t.ex. anser jag, som framgått, att det är uteslutet att beslut kan fattas om att låsa ytterdörren till ett ordinärt boende om detta innebär att den enskilde inte har en reell möjlighet att ta sig ut. Jag

kan hänvisa till ett JO-ärende²⁴ där ett äldre par, bägge med accelererande demenssjukdom, låstes in i sin bostad av hemtjänsten (och senare även av hemsjukvården) för att förhindra att mannen lämnade bostaden och gick vilse (vilket var en högriskfaktor och han tog sig trots låst dörr ut via balkongen). Personalens motiv till inlåsningsen var att makarna med detta tvång kunde, som de själva liksom närstående och den gode mannen önskade, bo kvar tillsammans i sin bostad. Personalen bedömde alltså att tvånget var motiverat av humanitära och etiska skäl, men JO tyckte annorlunda och kritiserade skarpt inlåsningsen av såväl laglighets- som lämplighets-skäl. Jag delar helt JO:s bedömning.

Jag har också mycket svårt att se att tvångs- och begränsnings-åtgärder som sänggrindar, bälten och brickbord kan tillåtas i ordi-närt boende eftersom dessa åtgärder förutsätter att personal mer eller mindre löpande har uppsikt över personen ifråga och kan ingripa så gott som omedelbart.

Av mitt resonemang ovan följer att jag ser mindre risker förknippade med beslut om pejlings- och larmanordningar för att göra det möjligt för en person, med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom, att bo kvar längre i det egna hemmet. Det kan t.ex. handla om tidigare beskrivna pejlingsutrustning, som polisen kan aktivera, eller någon form av larm som indikerar till personalen när personen antingen lämnar eller återvänder till sin bostad. Detta ligger i linje med den principiella uppfattning jag tidigare redovisat, nämligen att larmen innebär en mildare form av begränsning och på sätt och vis kan ses som positiva alternativ till att behöva flytta till särskilt boende.

Jag kan även föreställa mig sällsynta situationer när lagens syfte och bestämmelser medger att nödvändiga omvårdnadsinsatser, som t.ex. tvättning och duschning, får fullföljas även i ordinärt boende trots att den enskilde försvårar eller gör motstånd.

²⁴ Bristfälliga insatser inom äldreomsorgen för en 82-årig man och dennes 80-åriga hustru (Dnr 3131-1982).

12 Utredning, beslut och överklagande

12.1 Ett ärendes inledande, handläggning och dokumentation

Mina förslag:

- Ansvaret för att utreda om det finns förutsättningar för att tillgripa i förslaget angivna tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänstens område ska ligga på socialnämnden.
- I förslaget införs en bestämmelse i vilken det uttryckligen anges att socialnämnden ska inleda en utredning när den på något sätt har fått kännedom om att det kan finnas skäl för att tillgripa en tvångs- eller begränsningsåtgärd.
- I förslaget införs inte någon särskild bestämmelse gällande dokumentation. Däremot införs en allmän bestämmelse om att bestämmelserna om handläggning och dokumentation i socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade gäller i ärenden enligt lagen.

12.1.1 Inledande av ett ärende

Frågan om vem som fattar beslut om tillåtande av tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänstens område behandlas i avsnitt 12.3.

Frågan om behovet av att använda tvångs- och begränsningsåtgärder torde med största sannolikhet i de allra flesta fall uppkomma genom att antingen personal som arbetar med den berörde eller hans eller hennes närstående eller en god man tar upp saken.

Som redogjorts för under avsnittet om gällande rätt (3.4.5.2) ankommer det enligt socialtjänstlagen (11 kap.1 §) på socialnämnden att

...utan dröjsmål inleda utredning av vad som genom ansökan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden.

Någon bestämmelse med motsvarande innehåll finns inte i LSS.

Bestämmelsen i 11 kap. 1 § SoL tar inte endast sikte på sådan verksamhet som regleras i socialtjänstlagen utan även ärenden rörande åtgärder som regleras i annan lagstiftning, t.ex. LVU och LVM¹. Det finns inte anledning att beträffande frågan om tillgripande av tvångs- och begränsningsåtgärder enligt mitt förslag lägga ansvaret för utredningen på någon annan instans än socialnämnden. I sammanhanget ska också framhållas att det beträffande vissa av åtgärderna, enligt vad jag föreslår, ska vara socialnämnden själv som – till skillnad mot vad som gäller angående frågan om beredande av vård enligt LVU och LVM – ska fatta det grundläggande beslutet om en åtgärd efter genomförd utredning ska få användas. Som redogjorts för i avsnitt 11.1.1 avses med socialnämnden i detta betänkande den eller de nämnder som enligt 2 kap. 4 § SoL fullgör kommunens uppgifter inom socialtjänsten eller den eller de nämnder som enligt 22 § LSS utövar kommunens verksamhet enligt den lagen.

Grunden för att en utredning enligt 11 kap. 1 § SoL ska få inledas mot en vuxen person är i princip att han eller hon samtycker till att en sådan genomförs. Från denna huvudregel finns inom socialtjänsten några få undantag. Detta gäller bl.a. i det fall det kan föreligga ett vårdbehov som behöver tillgodoses med stöd av LVM eller LVU. Då en sådan situation är för handen får nämnden bedriva en utredning även om den enskilde motsätter sig det. Detsamma gäller när nämnden på begäran av annan myndighet eller domstol är skyldig att yttra sig.²

I de fall då den av mig föreslagna lagen övervägs att tillämpas ligger det i sakens natur att det antingen kan misstänkas eller är uppenbart att den saken gäller på grund av sitt tillstånd inte har förmåga att lämna ett grundat ställningstagande i saken och mot den bakgrunden därför i praktiken inte heller kan samtycka till eller motsätta sig en utredning. Man kan därför i detta sammanhang inte tala om att samtycke finns eller saknas. Likväl måste socialnämnden, i likhet med vad som gäller för övrig tvångslagstiftning inom

¹ Carl Norström och Anders Thunved, Nya sociallagarna, 19 uppl. 2006, s. 181 (Cit. Norström/-Thunved).

² Jfr avsnitt 3.4.5.2, Socialstyrelsen, Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten, 2006, s. 57, Lars Clevesköld m.fl., Handläggning inom socialtjänsten, 10 uppl., 2006, s. 135.

socialtjänstens område, vara skyldig att agera för att kunna ge den berörde nödvändig vård och omsorg. Detta följer av socialnämndens yttersta ansvar för att de som vistas i kommunen får den hjälp och det stöd som de behöver. Denna skyldighet kommer i LVM till uttryck i 7 § första stycket. Där föreskrivs följande:

Socialnämnden skall inleda utredning, när den genom anmälan enligt 6 § eller på något annat sätt har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård.

Enligt min mening är det även lämpligt att det i den av mig föreslagna lagen finns en bestämmelse av vilken det uttryckligen framgår att det åligger nämnden att inleda en utredning enligt lagen om den har fått kännedom om att det kan finnas skäl att tillgripa någon eller några av de tvångs- och begränsningsåtgärder som anges i förslaget.

Självfallet kommer det ofta att vara personal vid ett särskilt boende, på en dagverksamhet eller i hemtjänsten som först ser behovet av tvångs- och begränsningsåtgärder och tar initiativ till en utredning. Detta är givetvis fallet oavsett om verksamheten drivs i kommunal eller enskild regi. Det är naturligt att man i samband med önskemål om en sådan utredning lämnar underlag till ett beslut. Socialnämnden kan också hos ledningen för verksamheten begära in det ytterligare underlag som kan behövas oavsett vem som driver boendet. Med hänsyn till vad jag föreslår när det gäller sekretess (se avsnitt 14) torde det inte föreligga något hinder mot ett sådant förfarande. Att lägga ansvaret för utredningen – som i vart fall innehåller moment av myndighetsutövning – direkt på ledningen för en enskilt bedriven verksamhet, t.ex. ett särskilt boende, förutsätter som redovisats i avsnitt 3.2.5 en lagändring. En sådan lagändring – som då även kan avse beslutsfattande – är en fråga som bör avgöras i samband med en mera omfattande översyn av gränsdragningen för myndighetsutövning inom socialtjänstens område. I avvaktan på en sådan översyn ser jag inga hinder mot att de av mig föreslagna reglerna för utredning och beslutsfattande tillämpas. Självfallet kan en sådan översyn leda till vissa ändringar i det av mig föreslagna systemet.

12.1.2 Handläggning och dokumentation

I förvaltningslagen finns de grundläggande bestämmelserna om hur förvaltningsmyndigheter i stat och kommun ska handlägga sina ärenden och sköta kontakterna med allmänheten. En kort redogörelse för lagens innehåll finns i avsnitt 3.3. Som anges där är förvaltningslagen subsidiär i förhållande till andra lagar och förordningar.

Bestämmelser om handläggning och dokumentation inom socialtjänsten finns framför allt i 11 kap. SoL (se avsnitt 3.4.5.3). LSS innehåller bestämmelser om dokumentation. Däremot innehåller den lagen inte några bestämmelser om hur ett ärende ska handläggas, vilket innebär att det är förvaltningslagens regler som ska tillämpas vid handläggningen av sådana ärenden (se avsnitt 3.6.5).

Mitt förslag reglerar förutsättningarna för socialnämnden att – beträffande de personer som omfattas av mitt förslag – kunna avvika från den i SoL respektive LSS grundläggande frivillighetsprincipen genom att under vissa förutsättningar tillåta nämnden att vidta ett antal i lagen angivna tvångs- och begränsningsåtgärder. Mitt förslag utgör således, i likhet med LVU och LVM, ett komplement till socialtjänstlagen, men också till LSS. SoL:s och LSS:s bestämmelser vad gäller handläggning och dokumentation gäller således för det område som mitt uppdrag omfattar. Enligt min uppfattning är det lämpligt att detta uttryckligen framgår i den av mig föreslagna lagen. En bestämmelse om detta införs därför i lagen.

12.2 Vad ska ingå i utredningar som ska läggas till grund för beslut om tvångs- eller begränsningsåtgärder?

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

- ett medicinskt utlåtande om att personen har nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom och därför saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den tvångs- eller begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg,

- en riskbedömning som visar att risken för att personen kan råka ut för en allvarlig skada (eller allvarligt skada någon annan) är uppenbar om inte den angivna tvångs- och begränsningsåtgärden används,
- 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,
- en redovisning av hur den enskildes närstående har informerats samt vilka synpunkter de och den gode mannen har framfört angående den aktuella åtgärden.

Som framgått av det tidigare anser jag att det måste ställas höga krav på utredningar som ska ligga till grund för beslut om att tillåta de tvångs- eller begränsningsåtgärder jag föreslår.

I utredningen måste för det första konstateras att den berörda personen tillhör lagens personkrets. För detta krävs ett medicinskt utlåtande som visar dels att hon eller han lider av en demenssjukdom, dels att det är demenssjukdomen i sig som har förorsakat den nedsatta beslutsförmågan som innebär att personen saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den tvångs- eller begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg. Av utlåtandet ska således framgå att det inte finns någon annan orsak till den nedsatta beslutsförmågan som skulle kunna behandlas eller elimineras med andra åtgärder.

För det andra måste motiven till varför utredningen genomförs framgå klart. Vilka risker att själv komma till allvarlig skada eller att allvarligt skada någon annan löper den berörde personen? Hur har riskerna observerats och dokumenterats? Hur stor är sannolikheten att de inträffar? Vilka frivilliga eller mindre ingripande åtgärder har prövats tidigare och med vilka resultat? Vilka tvångs- eller begränsningsåtgärder är aktuella?

För det tredje måste utredningen innehålla en planering för hur tvångs- eller begränsningsåtgärden ska genomföras för att få så få negativa konsekvenser som möjligt. Hur lång sammanhängande tid kan t.ex. ett brickbord användas för att begränsa rörligheten? Vid hur många tillfällen under en dag kan brickbordet användas? Vilka parallella åtgärder – som t.ex. sjukgymnastik eller promenader – ska vidtas för motverka att stillasittandet leder till försämrad funktion? Vilken planering finns för att på sikt ersätta brickbordet med andra mindre ingripande åtgärder och inom vilken tidsrymd?

För det fjärde måste närstående och god man informeras om att förutsättningar för ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd utreds samt innehåll och överväganden i utredningen. Närståendes och god mans synpunkter ska dokumenteras och ingå i utredningen. Som framgår av avsnitt 13.8 ska anmälan till överförmyndare om behov av god man göras i samband med att en utredning om tvångsåtgärder inleds.

12.3 Beslutsordning och genomförande inom socialtjänstens område

Mina förslag:

- För att en tvångs- eller begränsningsåtgärd ska få vidtas måste det meddelas ett formellt beslut om detta.
- Slutliga beslut ska fattas av socialnämnden eller länsrätten. Det ankommer på länsrätten att, efter ansökan från socialnämnden, besluta att ytterdörren eller dörren till en avdelning på ett särskilt boende eller en dagverksamhet ska vara låst för viss person och att denne får kvarhållas eller återföras. Länsrätten beslutar också om att en person ska flytta till ett särskilt boende. De övriga åtgärder som enligt lagen får användas beslutas av socialnämnden. Socialnämnden får, innan en god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken har förordnats för den enskilde, inte fatta ett slutligt beslut eller hos länsrätten ansöka om att en tvångs- eller begränsningsåtgärd ska få användas.
- Socialnämnden ska beträffande samtliga tvångs- och begränsningsåtgärder, förutom flyttning till ett särskilt boende, kunna besluta om att åtgärden får vidtas tillfälligt i avvaktan på att saken kan avgöras slutligt.
- Domstol ska beträffande samtliga tvångs- och begränsningsåtgärder kunna besluta om att en åtgärd får vidtas tillfälligt i avvaktan på att saken kan avgöras slutligt.
- Delegation av socialnämndens beslutanderätt avseende en ansökan till länsrätten om att en dörr ska få låsas för en viss person och att denne ska få kvarhållas eller återföras, eller att någon ska flyttas till ett särskilt boende får endast ske till en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden.

- Någon begränsning vad gäller socialnämndens möjlighet att delegera rätten att meddela ett slutligt beslut om användande av sänggrindar, brickbord eller liknande anordningar, pejlings- och larmanordningar, om tillåtelse att hålla fast eller föra bort någon till ett annat rum eller använda fysiskt tvång för att genomföra nödvändiga omvårdnadsåtgärder införs inte.
- Delegation av socialnämndens beslutanderätt när det gäller tillfälliga beslut får endast ske till en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden. Nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat ges i de fall socialnämndens beslut inte kan avvaktas möjlighet att meddela ett tillfälligt beslut att en viss åtgärd får vidtas (s.k. kompletterande beslutanderätt). Ett sådant beslut ska anmälas till socialnämnden vid nämndens nästkommande sammanträde.

Min bedömning:

- Genomförandet av en beslutad tvångs- eller begränsningsåtgärd utgör inte myndighetsutövning och kan därför verkställas inom såväl kommunal som enskilt bedriven verksamhet.

Enligt direktiven ska jag, om jag anser att det bör införas bestämmelser som ger möjlighet till användande av tvångs- eller begränsningsåtgärder i vissa situationer, lämna förslag på vem som ska besluta i saken. Jag redovisar under detta avsnitt mina förslag och överväganden hur beslutsordningen ska se ut.

Det grundläggande kravet för att en person ska omfattas av förslaget är att han eller hon till följd av en demenssjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den tvångs- eller begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg. Vidare krävs att den enskilde, utom när det gäller åtgärden flyttning till särskilt boende, genom beslut enligt 4 kap. 1 § SoL erhåller bistånd i form av särskilt boende, dagverksamhet eller hemtjänst eller beviljats insats enligt LSS med en kommun som huvudman i form av korttidsvistelse, bostad med särskild service för vuxna eller daglig verksamhet enligt 9 § 6, 9 och 10 LSS. Även om dessa förutsättningar är uppfyllda är lagen inte tillämplig om den enskilde vistas inom den slutna hälso- och sjukvården.

Socialtjänsten enligt SoL är ett kommunalt ansvar och kommunens uppgifter härvidlag fullgörs av den eller de nämnder (normalt socialnämnden) som fullmäktige bestämmer (2 kap. 1 och 4 §§ SoL). Kommunens uppgifter enligt LSS utövas av den eller de nämnder som fullmäktige utser (22 § LSS) Kommunen får sluta avtal med någon annan om att utföra dess uppgifter (2 kap. 5 SoL och 17 § LSS). Enligt vad som föreskrivs i regeringsformen krävs det stöd i lag för att överlämna uppgift som innefattar myndighetsutövning, vilket frågor om användande av tvång otvivelaktigt utgör, till privaträttsliga subjekt (RF 11 kap. 6 § tredje stycket). Något sådant lagstöd finns inte inom socialtjänsten (där bl.a. åtgärder enligt LVU och LVM ingår) eller LSS. Det finns enligt min mening inte heller anledning att inom det område som mitt förslag omfattar skäl att införa en sådan möjlighet. Beslut enligt lagen om att en tvångs- eller begränsningsåtgärd ska få användas ska således ankomma på det allmänna. Även om beslutanderätten enligt min uppfattning ska ligga på det allmänna kan man tänka sig att den delas upp på olika organ, beroende på vad det är för typ av beslut eller vilken åtgärd som saken gäller. Jag har mot den bakgrunden valt att redovisa mina förslag på så sätt att jag först behandlar frågan om beslutsfattare vid slutliga beslut och i det följande avsnittet beslutsfattare vid tillfälliga beslut.

12.3.1 Beslutsfattare vid slutliga beslut

Under utredningens arbete och vid de studiebesök som jag har gjort hos kommuner och länsstyrelser har olika tänkbara beslutsfattare diskuterats. Bland de förslag som då framkommit kan nämnas socialnämnden, anställda tjänstemän på olika nivåer, allmän förvaltningsdomstol (länsrätt), länsstyrelsen och läkare.

Läkare ingår för närvarande, när det gäller kommuner som ingår i ett landsting, inte i den kommunala verksamheten. Någon ändring härvidlag föreslogs inte heller i regeringens proposition Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.³ Att mot den bakgrunden ge en läkare rätt att besluta om tvångsåtgärder inom kommunens verksamhet inom socialtjänsten är enligt min uppfattning inte en framkomlig väg.

³ Prop. 2005/06:115, se även äldrevårdsutredningens betänkande (SOU 2004:68), Sammanhållen hemvård.

Länsstyrelsen har inom socialtjänsten inte någon beslutanderätt vad gäller insatser, tvångsåtgärder m.m. i enskilda ärenden. Länsstyrelsen är också operativ tillsynsmyndighet för socialtjänsten och för verksamhet enligt LSS (13 kap. 2 § SoL och 26 § LSS). Inte heller länsstyrelsen bör mot den bakgrunden komma i fråga som beslutsfattare.

Att låta allmän förvaltningsdomstol (länsrätt), som första instans, fatta beslut om att tvångs- och begränsningsåtgärder ska få användas är ett system som självfallet är möjligt.

En sådan ordning förutsätter att frågan anhängiggörs vid domstolen av någon. Enligt min mening är det naturligt att den uppgiften i så fall bör ankomma på socialnämnden.

Anhängiggörandet bör i så fall ske i form av en ansökan till länsrätten om att en viss åtgärd ska få tillgripas. Till en sådan ansökan måste självfallet bifogas en utredning som innehåller de sakomständigheter som är nödvändiga för ta ställning till om de krav som uppställs i lagstiftningen för att en åtgärd ska få vidtas är uppfyllda. Ett beslutsförfarande enligt den nu beskrivna ordningen har den fördelen att den överensstämmer med vad som redan gäller för förfarandet vid ansökan om att någon ska beredas vård enligt LVU eller LVM, och därför är väl känd för kommunerna.

Det är också självfallet fullt möjligt att beslutanderätten i första instans ska ankomma på socialnämnden i stället för länsrätten, möjligen kombinerat med en skyldighet för nämnden att underställa länsrätten sina beslut. Det är en ordning som för övrigt gäller vid omedelbara omhändertaganden enligt LVU och LVM. Om detta alternativ skulle väljas uppkommer härefter frågan om beslutanderätten ska kunna delegeras i enlighet med vad som anges i kommunallagens bestämmelser eller om delegationsrätten bör begränsas på något sätt.

Som framgår av det anförda anser jag att de instanser som kan komma i fråga när det gäller att fatta det grundläggande beslutet om att en viss tvångs- eller begränsningsåtgärd ska vara tillåten antingen måste vara länsrätten eller den för verksamheten ansvariga nämnden. Som tidigare anförts är beslutsfattande att se som myndighetsutövning. Om sådan ska läggas på privata subjekt krävs en lagändring. Som också anförts tidigare är detta en fråga av sådan art att den bör lösas i samband med en större översyn av gränsen för myndighetsutövning inom socialtjänsten.

De åtgärder som jag föreslår ska vara tillåtna att vid behov använda är ingripande, integritetskränkande och av stor vikt för

den som berörs av dem. De personer som omfattas av förslaget är också särskilt utsatta då de har nedsatt beslutsförmåga och därför inte anses kunna lämna ett grundat ställningstagande till en åtgärds genomförande. Det är därför självfallet av mycket stor vikt att deras rättssäkerhet kan garanteras. Det kan mot den bakgrunden hävdas att det bör vara domstol som beslutar i saken efter ansökan från nämnden. Ett ytterligare skäl för en sådan ordning är att man då också skulle behandla frågor om tvång inom vården och omsorgen inom det sociala området på ett enhetligt sätt, dvs. skillnad skulle inte göras beroende på om det rör sig om tvång gentemot missbrukare, unga personer eller personer som omfattas av mitt förslag.

Den ordning som ska gälla för beslutsfattandet måste också vara praktiskt hanterbar. De åtgärder som jag föreslår ska bli tillåtliga kommer med all säkerhet - även om målet med mitt förslag är att minska användandet av tvång - att leda till att ett stort antal beslut kommer att behöva fattas. Det är därför enligt min mening inte realistiskt att tro att det i praktiken är möjligt att alla beslut i första instans ska kunna fattas av länsrätten. En sådan ordning torde bli alltför tungrodd och byråkratisk och med stor säkerhet också medföra betydande kostnader som av rättssäkerhetsskäl inte framtår som nödvändiga. Mot den bakgrunden krävs det därför att en uppdelning av beslutanderätten görs mellan socialnämnden och länsrätten. Om man lägger beslutanderätten på socialnämnd bör givetvis nämndens beslut kunna prövas i länsrätt. Mot den bakgrunden anser jag att beslutanderätten i första instans vad gäller de flesta åtgärderna, dock inte de mest ingripande, ska ligga på nämnden. En rimlig avvägning i detta hänseende är enligt min uppfattning att socialnämnden ska kunna besluta om användande av brickbord, bälten, sänggrindar och liknande anordningar, olika typer av larm, fasthållande och bortförande till ett annat rum samt vidtagande av nödvändiga omvårdnadsinsatser.

De mest ingripande åtgärderna kräver av rättssäkerhetsskäl enligt min uppfattning att de blir föremål för prövning i domstol. Så kan, som tidigare anförts, ske antingen genom att socialnämnden måste ansöka hos länsrätten om att en åtgärd ska få vidtas eller genom att besluten fattas av nämnden och att ett sådant beslut sedan genom nämndens försorg underställs länsrättens prövning. Det kan givetvis diskuteras vilket av de två alternativen som är det mest lämpliga. Det kan i sammanhanget nämnas att båda förfarandena används inom LVU och LVM. Underställningsförfarandet tillämpas därvid i

brådskande fall vid tillfälliga beslut av socialnämnden om att någon ska omhändertas omedelbart i avvaktan på att frågan om vård efter ansökan från nämnden kan avgöras slutligt genom beslut av länsrätten. Länsrätten är vid sin prövning domför med en lagfaren domare ensam⁴. Ansökningsförfarandet används när frågan om beredande av vård ska avgöras slutligt. Länsrätten ska vid denna prövning bestå av en lagfaren domare och tre nämndemän⁵. Jag anser för egen del att det system som gäller för LVU och LVM är väl avvägt och att ett underställningsförfarande bör vara förbehållet tillfälliga beslut. Det är givetvis till stor fördel om frågor om tvång inom socialtjänstens område i så stor utsträckning som möjligt kan handläggas på samma eller så likartat sätt som möjligt. Jag har inte funnit sådana skäl som ger mig anledning att vad gäller de mest ingripande åtgärderna som mitt förslag omfattar avvika från vad som gäller vid länsrättens slutliga prövning av om någon ska beredas vård enligt LVU eller LVM. Mot den bakgrunden anser jag att det ska ankomma på länsrätten som första instans att – efter ansökan från socialnämnden – besluta om de mest ingripande åtgärderna. De åtgärder där detta förfarande ska gälla omfattar inlåsning (kvarhållning och återförande) samt flyttning till ett särskilt boende. Den sistnämnda åtgärden torde i praktiken vara den mest ingripande åtgärden som jag föreslår ska få tillgripas. Den skiljer sig också från de övriga åtgärderna då den är av definitiv karaktär, eftersom det i princip aldrig torde vara möjligt att flytta tillbaka till en tidigare bostad.

Som framgår av kommunallagens bestämmelser⁶ kan den för verksamheten ansvariga nämnden delegera sin beslutanderätt till ett utskott eller till en inom kommunen anställd person. Beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder är som jag framhållit ovan ingripande och integritetskränkande. Mot den bakgrunden och då det rör sig om personer som saknar förmåga att ta ställning till en viss åtgärd som bedöms nödvändig uppkommer frågan om det bör införas någon begränsning i nämndens delegationsmöjligheter. Frågan är av betydelse såväl beträffande de beslut nämnden själv kan fatta enligt förslaget som när det gäller de åtgärder där det ankommer på nämnden att inge en ansökan till länsrätten om att en viss åtgärd ska få användas.

⁴ 18 § förordning (1977:937) om allmänna förvaltningsdomstolars behörighet m.m.

⁵ 17 § förordningen om allmänna förvaltningsdomstolars behörighet m.m.

⁶ 6 kap. 33-38 §§.

Begränsningar i socialnämndens möjligheter att delegera sin beslutanderätt finns bl.a. i 10 kap. 4 § SoL. I den paragrafen anges bl.a. att en ansökan till länsrätten om att någon ska beredas vård enligt LVU eller LVM endast får delegeras till en "särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden", dvs. till förtroendevalda.

De åtgärder som det enligt vad jag föreslår ska ankomma på länsrätten att efter ansökan från nämnden ta ställning till är av så ingripande karaktär att nämndens delegationsrätt bör begränsas. En lämplig avvägning i detta hänseende är enligt min mening att rätten att delegera inskränks på samma sätt som föreskrivs i 10 kap. 4 § SoL.

När det sedan gäller de åtgärder som nämnden själv ska kunna besluta om är det, även om det i förväg inte närmare går att förutse hur många beslut det kan tänkas bli fråga om, rimligt att anta att det kommer att röra sig om ett relativt stort antal beslut. Det kan därför vara nödvändigt att beslutanderätten ska kunna delegeras till någon nära eller i själva verksamheten. Då nämndens beslutanderätt inte heller omfattar de mest ingripande åtgärderna anser jag vid en sammantagen bedömning att det inte finns skäl att införa en bestämmelse som generellt begränsar nämndens möjlighet att – inom ramen för sin rätt att själv bestämma hur dess verksamhet ska organiseras och bedrivs – delegera beslutanderätten. Allvaret i besluten och deras stora betydelse för den enskilde manar ändock till eftertanke och det bör självfallet göras noggranna överväganden om hur delegationsmöjligheten ska utnyttjas och i så fall till vem beslutanderätten ska delegeras. Självfallet kan dock, då beslutanderätten ska ankomma på det allmänna, delegation inte ske till en verksamhet som bedrivs i enskild regi eller till någon, t.ex. en föreståndare för ett särskilt boende, som arbetar inom en sådan verksamhet.

Den enskilde ska i ett mål eller ärende enligt lagen företrädas av en god man. Det ska ankomma på socialnämnden att, när ett ärende enligt lagen inleds, anmäla till överförmyndaren att den enskilde behöver företrädas av en god man (se avsnitt 12.14). Med hänsyn till den enskildes rättssäkerhet och möjligheter att överklaga ett beslut gällande en tvångs- eller begränsningsåtgärd anser jag att ett slutligt beslut inte ska få meddelas eller en ansökan göras innan en god man har förordnats för den enskilde. Däremot föreslås att en god man inte behöver var förordnad innan nämnden fattar ett tillfälligt beslut (se avsnitt 12.3.2).

12.3.2 Beslutsfattare vid tillfälliga beslut

På grund av förändringar i den enskildes hälsotillstånd eller i miljön runt omkring honom eller henne kommer det med all säkerhet att relativt ofta uppstå ett behov av att med kort varsel kunna tillgripa en viss åtgärd för att ge den berörde erforderlig vård och omsorg eller undvika en överhängande risk för att han eller hon kommer till allvarlig skada eller skadar någon annan.

I dessa situationer torde det vanligaste vara att det inte finns någon färdigställd utredning som kan ligga till grund för antingen ett beslut av nämnden eller en ansökan till länsrätten från nämnden om att en viss åtgärd ska få användas. Det finns givetvis också en möjlighet att, sedan en utredning har avslutats, sådana förhållanden uppkommer som påkallar ett omedelbart ställningstagande och att det därför inte är möjligt att avvakta ett slutligt beslut i saken. Det måste därför finnas en möjlighet att fatta ett tillfälligt beslut om att en åtgärd får användas i avvaktan på att ett slutligt beslut kan meddelas.

Behov av att meddela ett sådant tillfälligt beslut kommer att föreligga såväl beträffande de åtgärder som nämnden själv kan besluta om som de åtgärder det ankommer på länsrätten att efter ansökan från nämnden ta ställning till. Möjlighet att meddela ett tillfälligt beslut bör enligt min uppfattning finnas för samtliga tvångs- och begränsningsåtgärder som enligt mitt förslag vid behov ska kunna få användas.

Då ett tillfälligt beslut måste fattas om att en viss åtgärd ska få vidtas, krävs det av naturliga skäl att ett ställningstagande till detta kan ske så snart som möjligt. Beslutanderätten bör mot den bakgrunden ligga på socialnämnden såvitt avser samtliga tvångs- och begränsningsåtgärder utom flyttning till ett särskilt boende. Den sistnämnda åtgärden torde som jag tidigare anført (12.3.1) vara den mest ingripande av de åtgärder som kan tillgripas. Med hänsyn till detta och då den är av definitiv karaktär anser jag att den åtgärden måste grunda sig på en så fullständig utredning som är möjligt. Mot den bakgrunden bör därför enligt min uppfattning socialnämnden inte kunna meddela ett tillfälligt beslut beträffande denna åtgärd. Domstolens möjlighet att meddela tillfälliga beslut behandlar jag i avsnitt 12.3.4.

Vid ett tillfälligt beslut av socialnämnden kan inte samma utredningskrav ställas upp på att lagens förutsättningar för att en viss åtgärd ska få tillgripas är uppfyllda som vid ett slutligt beslut.

Skälet till detta är, som jag anført ovan att det i många fall inte kommer att finnas någon eller i vart fall inte någon fullständig utredning att luta sig emot när ett beslut måste tas. Bedömningen måste därför i stället grundas på en sannolikhetsbedömning. Det samma gäller för övrigt för beslut om omedelbara omhändertaganden enligt LVU och LVM. Även om ett tillfälligt beslut måste grundas på en sannolikhetsbedömning måste det dock finnas starka skäl för att den tänkta åtgärden verkligen är nödvändig, att den berörde har nedsatt beslutsförmåga och att orsaken till detta är en demenssjukdom. Vidare måste det framgå att 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 ska skada sig själv eller någon annan.

Som framgår av föregående avsnitt måste en god man vara utsedd för den enskilde innan socialnämnden fattar ett slutligt beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd eller hos länsrätten ansöker om att en åtgärd ska få vidtas. När det gäller tillfälliga beslut är det inte i praktiken möjligt att upprätthålla detta krav. Jag är självfallet medveten om att detta utgör ett avsteg från kravet på rättssäkerhet för den enskilde. Det är här dock fråga om beslut som är bråds-kande. Det är därför inte möjligt att i denna situation uppställa ett krav på att god man ska ha förordnats innan ett tillfälligt beslut meddelas. Självfallet ska dock de åtgärder vidtas som är möjliga att vidta för att en god man ska hinna utses innan ett tillfälligt beslut meddelas.

Eftersom ett tillfälligt beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd i normalfallet kommer att fattas på en utredning som inte är fullständig anser jag att beslutanderätten bör ligga på politisk nivå. Nämndens möjlighet att delegera beslutanderätten måste därför begränsas. Jag föreslår (se avsnitt 12.3.1) att nämndens möjlighet att delegera beslutanderätten när det gäller att ansöka om att få låsa en dörr för någon eller att flytta någon till ett särskilt boende begränsas på det sätt som föreskrivs i 10 kap. 4 § SoL. Enligt min uppfattning är detta också en lämplig avvägning när det gäller möjligheten att delegera beslutanderätten beträffande tillfälliga beslut.

När frågan om att fatta ett tillfälligt beslut uppkommer torde det, som jag påtalat ovan, mycket ofta förhålla sig på det sättet att ett beslut måste tas med mycket kort varsel. Det kommer därför i praktiken i de flesta fall inte vara möjligt att sammankalla nämnden eller utskottet för att fatta beslut i saken. För dessa situationer krävs det således att någon annan än nämnden eller utskottet har

behörighet att besluta i frågan. Denna uppgift bör ankomma på ordföranden eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat att fatta beslut i dess ställe.

I 6 kap. 36 § kommunallagen (1991:900), KL, finns en generell utformad bestämmelse som ger möjlighet till delegering när ett beslut behöver fattas snabbt.

Enligt paragrafen får en nämnd, utöver vad som gäller enligt 6 kap. 33 § KL, i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas uppdra åt ordföranden eller annan ledamot som nämnden har utsett att besluta på nämndens vägnar. Vilka beslut som kan delegeras och om det finns några begränsningar i delegationsrätten framgår inte av lagtexten. Fråga uppkommer mot den bakgrunden om delegation enligt lagrummet kan ske i sådana fall där ärendet gäller myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt eller när delegationsrätten är begränsad i särskilda föreskrifter⁷. En sådan särskild föreskrift finns t.ex. i 10 kap. 4 § SoL. I den bestämmelsen stadgas bl.a. att uppdrag att fatta beslut på socialnämndens vägnar när det gäller beslut om omedelbara omhändertaganden enligt LVU och LVM endast får ges åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden.

I förarbetena⁸ till 6 kap. 36 § KL uttalas att

Någon begränsning av möjligheterna att delegera enligt denna bestämmelse med hänsyn till ärendenas art finns inte.

Frågan om hur 6 kap. 36 § KL bör tolkas i detta hänseende har belysts av JO i ett beslut⁹. I ärendet, som gällde omprövning enligt 13 § tredje stycket LVU av vård enligt 3 § LVU, hade socialnämnden med stöd av 6 kap. 36 § KL delegerat till nämndens ordförande eller – vid förfall för denne – nämndens vice ordförande att fatta beslut i ärenden som var så brådskande att nämndens avgörande inte kunde avvaktas. Delegation i sådana ärenden kan enligt 10 kap. 4 § SoL endast ske till ett s.k. utskott. Med stöd av delegationsordningen hade nämndens ordförande fattat beslut i frågan om fortsatt vård.

JO konstaterade att det kan diskuteras om delegation enligt 6 kap. 36 § KL kan ske i sådana fall som faller under 6 kap. 34 § 3

⁷ Jfr 6 kap. 34 § p. 3 och 4 KL.

⁸ Prop. 1990/91:117 s. 205.

⁹ JO 2005/06 s. 251.

och 4 KL. JO fann dock inte något direkt stöd för att detta inte skulle vara möjligt. JO uttalade vidare att det därför torde finnas utrymme för att tolka de aktuella bestämmelserna på det sättet att det är möjligt att med tillämpning av 6 kap. 36 § KL delegera beslutanderätten till nämndens ordförande även när delegation inte är tillåten enligt 10 kap. 4 § SoL, dvs. en sådan särskild föreskrift som avses i 6 kap. 34 § 4 KL. Oavsett hur det förhöll sig med den saken ansåg JO att det måste vara i princip uteslutet att nämndens ordförande kan fatta beslut när det – som i det angivna fallet – handlade om regelbundna omprövningar som ska äga rum enligt 13 § tredje stycket LVU, då dessa ärenden ska handläggas på ett sådant sätt att nämnden inte ska kunna hamna i tidsnöd. I beslutet konstaterade JO avslutningsvis följande.

Jag har nu behandlat frågan om hur man ska se på tillämpningen av bestämmelsen i 6 kap. 36 § KL när förutsättningarna för delegation har begränsats enligt 10 kap. 4 § SoL. Hur regelverket ska tolkas har diskuterats även i andra sammanhang. Jag kan konstatera att det råder betydande osäkerhet om rättsläget (se bl.a. Clevesköld m.fl., Handläggning inom socialtjänsten, nionde uppl., 2005 s. 174, Höök, Intern kommunal kompetensfördelning, 2000 s. 298 f. och Svenska Kommunförbundets cirkulär nr 2001:138 s. 6). Mot den bakgrunden finner jag skäl att tillställa Regeringskansliet (Justitiedepartementet och Socialdepartementet) en kopia av detta beslut.

Som framgår av det jag anfört ovan föreslår jag att tillfälliga beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder i de fall då nämndens avgörande inte kan avvaktas ska kunna fattas av ordföranden eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat. Fråga uppkommer därför om 6 kap. 36 § KL med hänsyn till det nyss anförda är tillämplig i dessa situationer eller om det behövs en särskild bestämmelse som reglerar detta. JO har uttalat, i vilken bedömning jag instämmer, att 6 kap. 36 § KL torde vara tillämplig när det gäller de beslut som anges i 10 kap. 4 § SoL. Samma bedömning bör enligt min mening kunna göras såvitt avser tillfälliga beslut enligt mitt förslag. JO har emellertid konstaterat att det råder en betydande osäkerhet om rättsläget i den nu berörda frågan och har mot den bakgrunden funnit skäl att tillställa Regeringskansliet en kopia av beslutet.

I detta sammanhang vill jag också nämna att det, mot bakgrund av 10 kap. 4 § SoL, finns särskilda bestämmelser i LVU och LVM om rätt för ordföranden eller annan ledamot som nämnden har förordnat att fatta beslut i nämndens ställe i de fall ett beslut från

nämnden inte kan avvaktas. Det är här fråga om s.k. kompletterande beslutanderätt och inte om delegation i egentlig mening. Som exempel på sådana bestämmelser kan nämnas beslut om omedelbara omhändertaganden enligt 6 § LVU och 13 § LVM.

Även med beaktande av vad JO har uttalat i det angivna beslutet, får det anses råda osäkerhet om huruvida 6 kap. 36 § KL kan tillämpas när det finns bestämmelser som föreskriver begränsningar i möjligheten att delegera nämndens beslutanderätt. Mot den bakgrunden anser jag att det i mitt förslag ska införas en särskild bestämmelse som reglerar saken. I den bestämmelsen ska anges att ordföranden eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat får fatta tillfälliga beslut i de fall nämndens beslut inte kan avvaktas. Ett sådant beslut kan självfallet inte ändras av nämnden. För att ge nämnden en insyn i hur dessa ärenden handläggs bör det också införas en skyldighet att anmäla ett beslut av ordföranden eller någon annan ledamot till socialnämnden vid nämndens nästkommande sammanträde. Denna anmälningsplikt motsvarar vad som föreskrivs vid omedelbart omhändertagande enligt LVU och LVM.

12.3.3 Beslutsfattare i akuta situationer

Som jag redovisat i föregående avsnitt föreslår jag att det i brådskande fall ska finnas en möjlighet för socialnämnden att, utom när det gäller att flytta någon till ett särskilt boende, meddela ett tillfälligt beslut om att en tvångs- eller begränsningsåtgärd enligt lagen ska få användas. I de situationer nämndens beslut inte kan avvaktas ska ordföranden eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat kunna meddela ett sådant beslut.

Jag är fullt medveten om att det kan uppstå situationer där behovet av att använda en tvångs- eller begränsningsåtgärd är så brådskande att det inte finns tid för att kontakta socialnämnden eller nämndens ordförande för ställningstagande till om det finns grund för ett tillfälligt beslut om att en åtgärd ska få användas. Det ankommer i en sådan situation på den personal som har det faktiska ansvaret för vården och omsorgen av den enskilde att ta ställning till om situationen är så brådskande att den aktuella tvångs- eller begränsningsåtgärden får användas tillfälligt med stöd av bestämmelserna om nöd i brottsbalken i avvaktan på att ett tillfälligt beslut kan meddelas. Bestämmelserna om nöd kan dock

endast användas i en situation som uppstår plötsligt. Att med stöd av brottsbalkens nödregler använda sig av en tvångs- eller begränsningsåtgärd har var och en rätt att besluta om, således även personal i enskilt bedriven verksamhet. För att det inte ska råda någon tveksamhet om hur personalen ska agera i en eventuell nödsituation är det mycket viktigt att det finns utarbetade rutiner för hur saken ska hanteras. När det gäller kommunal verksamhet får det ankomma på socialnämnden att se till att sådana rutiner finns och för enskilt bedriven verksamhet ligger detta ansvar på ledningen för den verksamheten.

Efter det att personal med stöd av nödreglerna har använt en tvångs- eller begränsningsåtgärd ligger det i sakens natur, om det inte är uppenbart att det är fråga om en engångsföreteelse, att socialnämnden underrättas om att åtgärden har vidtagits, detta med hänsyn till att nämnden enligt vad jag föreslår (se avsnitt 12.1.1) ska inleda en utredning när det kan finnas skäl för att använda en tvångs- eller begränsningsåtgärd. Härfter får nämnden avgöra om det finns anledning att inleda en utredning gällande frågan om det finns skäl för att vid behov kunna använda sig av någon av de åtgärder som jag föreslår ska få användas.

12.3.4 Begränsningar i socialnämndens möjlighet att meddela ett tillfälligt beslut

Socialnämnden ska enligt vad jag föreslår ha möjlighet att – förutom när det gäller åtgärden att flytta någon till ett särskilt boende – kunna meddela ett tillfälligt beslut om att en åtgärd får vidtas. Så torde, med hänsyn till åtgärdernas karaktär och syfte, också i praktiken regelbundet komma att ske när ett ärende om användande av en åtgärd övervägs, då saken av naturliga skäl kommer att vara av akut karaktär. När det gäller de åtgärder som nämnden själv kan meddela ett slutligt beslut om att de får användas föreslår jag (se avsnitt 12.12.3) att de ska gälla omedelbart om inte annat förordnas. Av samma skäl som nyss angivits kommer så också regelmässigt att bli fallet, dvs. nämnden kommer inte att förordna att ett beslut inte ska gälla omedelbart.

Det finns en möjlighet, vilken med hänsyn till vad jag nyss sagt dock inte förefaller sannolik, att nämnden utan att tidigare ha meddelat ett tillfälligt beslut ansöker om att en dörr ska få låsas för en viss person eller meddelar ett slutligt beslut om att någon annan

åtgärd får användas och i det beslutet förordnar att det inte ska gälla omedelbart. Om nämnden efter någon av de angivna tidpunkterna anser att det behövs ett tillfälligt beslut och då också har möjlighet att meddela ett sådant beslut, kan den situationen uppstå att ett överklagande av detta tillfälliga beslut ska prövas i länsrätten, medan den slutliga prövningen av om åtgärden ska få användas möjligen är föremål för kammarrättens prövning. Det kan också förhålla sig på det sättet att den domstol där ett mål om tillåtande av en åtgärd är anhängigt har en annan uppfattning i frågan och omedelbart upphäver det tillfälliga beslut som nämnden har meddelat.

Att någon av de nu beskrivna situationerna ska kunna uppstå förutsätter också antingen att domstolen inte tillfälligt har beslutat om att åtgärden får vidtas eller att domstolen – om ansökan har bifallits eller beträffande någon annan åtgärd ett överklagande om att en åtgärd ska få tillgripas har avslagits – har förordnat att beslutet inte ska gälla omedelbart.

Det kan beträffande dessa situationer – som i praktiken är mycket osannolika – diskuteras om det bör införas en bestämmelse som förhindrar att de kan uppstå. En sådan bestämmelse skulle i så fall föreskriva att socialnämnden – efter det att den har ansökt om att en dörr ska få låsas alternativt ett slutligt beslut angående någon annan åtgärd har överklagats – inte ska få meddela ett tillfälligt beslut om att den aktuella åtgärden ska få användas. Om en sådan bestämmelse införs måste nämnden vid behov av ett tillfälligt beslut vända sig till den domstol där målet är anhängigt och begära att ett sådant beslut meddelas. Enligt vad jag föreslår ska en domstol kunna meddela ett tillfälligt beslut (se avsnitt 12.3.5). I sammanhanget vill jag för tydlighetens skull framhålla att motsvarande situation inte kan uppstå när det gäller åtgärden flyttning till ett särskilt boende eftersom socialnämnden inte föreslås kunna meddela ett tillfälligt beslut beträffande denna åtgärd. En bestämmelse med nu beskrivet innehåll skulle i praktiken medföra en viss tidsfördröjning eftersom beslutet skulle meddelas av domstolen. Nämnden skulle därför under denna tidsutdräkt få försöka lösa situationen genom t.ex. ökad tillsyn av den enskilde eller ytterst genom tillämpande av bestämmelserna om nöd i brottsbalken.

Som jag redan påpekat torde ifrågavarande situationer inte utgöra ett praktiskt problem utan de är närmast av teoretisk karaktär eftersom socialnämnden – till följd av åtgärdernas akuta karaktär – normalt kommer att ha meddelat ett tillfälligt beslut om

att en dörr får låsas innan en ansökan görs respektive i ett slutligt beslut inte förordna att beslutet inte gäller omedelbart. I annat fall förefaller det enligt min uppfattning tveksamt om det finns ett behov av att få använda åtgärden.

Vid en samlad bedömning anser jag inte, detta då situationerna inte utgör ett praktiskt problem, att det finns skäl att införa en bestämmelse av nu beskrivet slag. Skulle situationen ändå mot förmodan någon gång komma att uppstå ligger det i sakens natur att nämnden vänder sig till den domstol där saken är föremål för prövning och begär ett tillfälligt beslut. Som jag tidigare redovisat föreslår jag att mitt förslag ska utvärderas efter en viss tid. Vid denna utvärdering kan om det skulle visa sig att det föreligger ett verkligt behov av en sådan bestämmelse som nu diskuteras, en sådan införas då.

12.3.5 Tillfälliga beslut av domstolen

I 28 § förvaltningsprocesslagen (1971:291), FPL, föreskrivs att domstol, som har att pröva besvär, kan förordna att det överklagade beslutet, om det eljest skulle lända till efterrättelse, tills vidare inte ska gälla och även i övrigt förordna rörande saken. Som framgår av 2 § FPL är lagen subsidiär i förhållande till annan lag eller förordning. 28 § FPL gäller därför i den mån annan lag eller förordning inte innehåller någon bestämmelse som avviker från vad som föreskrivs där.

Det första ledet i bestämmelsen handlar om verkställighetsförbud (inhibition), medan det andra ledet gäller tillfälliga beslut i allmänhet. Paragrafen handlar endast om mål i vilka rätten har att pröva ett överklagande och är således inte tillämplig i första domstolsinstans i ansöknings- eller underställningsmål¹⁰.

I förarbetena¹¹ till bestämmelsen anfördes bl.a. följande.

I ett remissyttrande har föreslagits att paragrafen utformas så att den kommer att omfatta inte bara besvårs- utan även underställnings- och ansökningsmål. Frågan om interimistiska förordnanden skall få meddelas i mål av sistnämnda slag lämpar sig emellertid enligt min mening knappast för en generell reglering utan bör lösas i specialförfattning.

¹⁰ Bertil Wennergren, Förvaltningsprocesslagen m.m., 5 uppl. 2006, s. 263 (Cit Wennergren), Karnov, 2003/04, s. 3189, not 47.

¹¹ Prop. 1971:30, s. 576.

Som exempel på när en sådan bestämmelse har införts i en specialförfattning kan nämnas 6 § tredje stycket LVU. I den bestämmelsen föreskrivs att rätten, när socialnämnden har ansökt om vård med stöd av lagen, får besluta att den unge ska omhändertas omedelbart.

Detta stycke tillkom efter förslag av socialutskottet¹² med anledning av en motion. I motionen föreslogs att en generell bestämmelse infördes om att förvaltningsdomstol också skulle kunna besluta i frågor som gällde omedelbart omhändertagande, då detta skulle kunna förhindra avbrott i vården, t.ex. i det fall då länsrätten avslår nämndens ansökan om vård. Socialutskottet anförde i saken bl.a. följande (s 101 ff).

Utskottet delar motionärernas principiella uppfattning att lagtexten inte bör utformas på ett sådant sätt att det kan tillskapas situationer där såväl socialnämnden som den domstol som handlägger målet är formellt förhindrade att agera på det sätt de anser lämpligast för barnet. Enligt utskottets mening bör de regler som rör förfarandet utformas främst med hänsyn till att de skall möjliggöra en smidig och effektiv tillämpning av lagens grundläggande bestämmelser. Om omedelbart omhändertagande i vissa fall inte skulle kunna ske av formella skäl ehuru de yttre betingelserna för åtgärden i övrigt förelåg, skulle detta motverka LVU:s syfte att utgöra ett skydd för barn i särskilt utsatta situationer.

När ett mål om vård enligt LVU är anhängigt hos domstol är det vidare denna domstol som får anses bäst skickad att bedöma i vad mån ett omhändertagande bör fortsätta eller avbrytas med hänsyn till samtliga omständigheter i målet. Att en lägre instans inte funnit tillräckliga skäl för vård bör inte heller inskränka den högre instansens handlingsfrihet. Utskottet anser därför i likhet med motionärerna att den domstol som har att pröva ett mål om vård enligt LVU också bör ges behörighet att besluta om omedelbart omhändertagande. Domstolen bör även kunna besluta om upphörande av ett av socialnämnden beslutat omhändertagande. Regeln bör av lagtekniska skäl utformas lika för alla förvaltningsdomstolar.

Av intresse i sammanhanget är även ett avgörande från Regeringsrätten¹³. I detta mål, som gällde ett omedelbart omhändertagande enligt LVU, hade länsrätten beslutat att inte fastställa socialnämndens beslut. Sedan socialnämnden hade överklagat länsrättens beslut beslutade kammarrätten med stöd av 28 § FPL att den unge omedelbart skulle omhändertas. Regeringsrätten fastställde, efter att ha meddelat prövningstillstånd, kammarrättens beslut. En leda-

¹² SoU 1979/80:44.

¹³ RÅ 83 2:40.

mot var emellertid skiljaktig och anförde bl.a. följande. Sedan länsrätt vägrat fastställelse av ett omedelbart omhändertagande, äger kammarrätten efter besvär av socialnämnden meddela beslut om fastställelse, om rätten på den föreliggande utredningen finner att den unge sannolikt behöver beredas vård och att även övriga förutsättningar för ett omhändertagande föreligger. Såvitt avser mål om vård utgjorde ett av skälen för att även rätten med stöd av 6 § tredje stycket skulle äga förordna om ett omedelbart omhändertagande bl.a. att kammarrätten därigenom skulle äga besluta att den unge skulle vara omhändertagen till dess kammarrätten prövat målet i fall när omhändertagande annars hade förfallit, t.ex. sedan länsrätten lämnat ansökningen om vård utan bifall (SOU 1979/80:44 s. 115). Detta talar för att 28 § FPL inte ansetts tillämplig vid kammarrättens handläggning och prövning.

Bertil Wennergren har kommenterat Regeringsrättens avgörande och har anfört bl.a. följande¹⁴.

Rättsfallet är inte helt lättolkat. Förmodligen såg kammarrätten och Regeringsrätten på regeln i 28 § FPL som en basregel som ska tillämpas vid prövning efter överklagande också av interimistiska beslut, om avvikande regel inte finns i den tillämpliga specialförfattningen, i detta fall LVU. Regeln om att vägrad fastställelse av ett omedelbart omhändertagande kan överklagas kunde då inte ses som en från 28 § FPL avvikande regel vilken enligt 2 § FPL skulle äga företräde. Ett sådant betraktelsesätt synes dock onödigt tillkrånglat och ett överklagande av ett interimistiskt beslut i ett mål som är anhängigt i lägre instans borde som den skiljaktige ledamoten ansåg kunna prövas utan hinder av att man sneglar på 28 § FPL och på att frågan gäller interimistiskt beslut i ett ansökningsmål.

När det gäller möjligheten att låsa en dörr för någon föreslår jag att socialnämnden ska kunna meddela ett tillfälligt beslut om att denna åtgärd ska få vidtas. Enligt vad jag redogjort för ovan gäller 28 § FPL inte i första domstolsinstans i ansökningsmål. Detta innebär att länsrätten inte kan meddela ett tillfälligt beslut om att åtgärden ska få användas. Detta är givetvis inte tillfredsställande och det motverkar också lagens syfte att förhindra eller att begränsa risken för att den enskilde skadar sig. Mot den bakgrunden anser jag att länsrätten bör ha en möjlighet att meddela ett sådant beslut efter det att nämnden har ansökt om att åtgärden ska få användas. Denna situation kommer antagligen inte att bli särskilt vanlig, då det normala, som jag anförde i föregående avsnitt, torde

¹⁴ Wennergren, s. 264.

vara att socialnämnden har meddelat ett tillfälligt beslut innan ansökan görs. Det finns i och för sig också en möjlighet att ett tidigare meddelat tillfälligt beslut efter överklagande har upphävts.

Som framgår i avsnitt 12.3.2 anser jag inte att socialnämnden bör kunna meddela ett tillfälligt beslut om att någon mot sin vilja ska flytta till ett särskilt boende. När socialnämnden väl har ansökt om att någon ska flytta till ett sådant boende kommer länsrätten att ha tillgång till en fullständig utredning i ärendet. Givetvis kan nya omständigheter komma fram vid en muntlig förhandling i domstolen som faktiskt kan leda till att förhållandena i ärendet förändras på ett genomgripande sätt. I de fall då nämnden ansöker om att någon ska flyttas till ett särskilt boende torde, med hänsyn till de stränga kriterier som uppställs för att åtgärden ska få vidtas, behovet av en flyttning normalt att vara mycket brådskande. Som framgår av avsnitt 12.12.3 anser jag att rättens beslut om att någon ska flyttas till ett särskilt boende normalt också bör gälla omedelbart. Med hänsyn till det anförda anser jag vid en samlad bedömning att länsrätten - även om det här rör sig om den enligt min mening mest ingripande åtgärden som ska vara möjlig att tillgripa enligt lagen - bör ha en möjlighet att meddela ett tillfälligt beslut gällande denna åtgärd.

Givetvis bör också en högre instans¹⁵, även om en lägre instans vid sin slutliga prövning inte har funnit skäl att åtgärden ska få vidtas, ha en möjlighet att meddela ett tillfälligt beslut. Detta gäller inte bara åtgärderna att flytta någon till ett särskilt boende eller möjligheten att låsa en dörr för någon, utan även de övriga tvångs- och begränsningsåtgärderna som enligt mitt förslag ska vara möjliga att tillgripa. Med hänsyn till det avgörande från Regeringsrätten som jag nyss redogjort för torde som jag har förstått saken i och för sig en särskild bestämmelse om detta inte behöva införas då en högre rätt redan med stöd av 28 § FPL kan meddela ett sådant tillfälligt beslut. Trots detta anser jag att en bestämmelse som behandlar domstols möjlighet att meddela ett tillfälligt beslut bör utformas med 6 § tredje stycket LVU som förebild, detta bl.a. med hänsyn till att det här rör sig om liknande lagstiftning gällande tvång inom socialtjänstens område. En motsvarande bestämmelse med samma utformning som den i 6 § tredje stycket LVU finns för övrigt även i LVM¹⁶.

¹⁵ Jfr socialutskottets betänkande SoU 1979/80:44, s. 102.

¹⁶ 13 § tredje stycket.

En bestämmelse som ger domstol behörighet att meddela ett tillfälligt beslut ger domstolen möjlighet att fatta ett snabbt beslut om det vid domstolens handläggning skulle framkomma nya uppgifter som visar att det är påkallat med ett snabbt ingripande för att skydda den enskilde. Denna möjlighet bör dock utnyttjas med stor försiktighet. När det gäller frågan om att flytta den enskilde till ett särskilt boende bör ett sådant beslut endast komma i fråga om åtgärden framstår som mycket brådskande och att omständigheterna i ärendet är sådana att det är uppenbart att den enskilde behöver flyttas till ett särskilt boende. För övriga tvångs- och begränsningsåtgärder bör ett sådant beslut framför allt komma i fråga i de situationer där det är påkallat för att undvika ett avbrott i möjligheten att använda åtgärden.

12.3.6 Genomförande av en beslutad åtgärd

Ett beslut om att en tvångs- eller begränsningsåtgärd får användas utgör som tidigare anförts myndighetsutövning. Ett sådant beslut ska, enligt vad jag föreslår, endast kunna fattas av socialnämnden eller, efter ansökan från nämnden, av domstol. Detta beslut innebär i praktiken, utom när det gäller åtgärden flyttning till ett särskilt boende, en tillåtelse att vidta den ifrågavarande tvångs- eller begränsningsåtgärden när behov uppstår.

Aven om det självfallet förhåller sig på det sättet att den personal som ansvarar för vården och omsorgen om den enskilde varje gång måste göra en självständig bedömning av om det är nödvändigt att använda sig av en tvångs- eller begränsningsåtgärd, får detta ses som ett verkställande av socialnämndens eller domstolens beslut. Det är således när det gäller genomförandet av en sådan åtgärd inte fråga om myndighetsutövning. Detta innebär att en beslutad tvångs- eller begränsningsåtgärd kan genomföras inom såväl en kommunal som enskilt bedriven verksamhet.

12.4 Överklagande av ett beslut gällande tvångs- och begränsningsåtgärder

Mina förslag och bedömningar:

- Slutliga och tillfälliga beslut av socialnämnden om användande av tvångs- och begränsningsåtgärder ska kunna överklagas. Överklagande ska göras hos länsrätten.
- Behörig att överklaga ett beslut gällande en tvångs- eller begränsningsåtgärd är den enskilde själv. Enligt förvaltningsprocesslagen kan också socialnämnden överklaga en förvaltningsdomstols beslut om detta har gått nämnden emot.
- Även beslut av förvaltningsdomstol gällande användande av en tvångs- eller begränsningsåtgärd ska kunna överklagas. Bestämmelser om överklagande av allmän förvaltningsdomstols beslut finns i förvaltningsprocesslagen (1971:291). Behov av särskilda bestämmelser i den av mig föreslagna lagen saknas därför.
- Prövningstillstånd ska inte krävas vid överklagande till kamrarrätten.

12.4.1 Överklagbarhet

I avsnitt 12.3 redogör jag för vem som ska fatta beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder som faller inom socialtjänstens område. Jag föreslår där att det, vad gäller slutliga beslut, antingen ska vara socialnämnden eller länsrätten som är behörig beslutsfattare i första instans. Vad sedan gäller tillfälliga beslut föreslår jag att socialnämnden ska kunna meddela sådana beslut för samtliga åtgärder utom att flytta någon till ett särskilt boende. Beträffande den sistnämnda åtgärden föreslår jag emellertid att domstol – efter det att nämnden har ansökt om att åtgärden ska få vidtas – ska kunna meddela ett sådant beslut.

Enligt 22 § förvaltningslagen får ett beslut överklagas av den som beslutet angår, om det har gått honom emot och beslutet kan överklagas.

Beslut som en myndighet fattar under beredningen av ett ärende kan i regel inte överklagas annat än i samband med det slutliga beslutet i ärendet. Det gäller t.ex. beslut att avslå en begäran om muntlig handläggning eller att inhämta ett yttrande från en annan

myndighet. Vissa beslut under beredningsstadiet anses dock kunna överklagas särskilt, dvs. innan ärendet avgörs slutligt. Den reglering av frågan som för förvaltningsprocessens del skett i 34 § FPL kan i detta hänseende tjäna till ledning också när det gäller att bedöma överklagbarheten av förvaltningsmyndigheternas beslut i motsvarande fall. Någon tvekan råder därvid inte om att tillfälliga beslut i allmänhet kan överklagas särskilt¹⁷.

Beslut om användande av en tvångs- eller begränsningsåtgärd ska givetvis kunna överprövas. Detta ska gälla samtliga åtgärder som enligt förslaget kan komma att användas. Överklagande ska kunna ske av såväl slutliga som tillfälliga beslut.

Jag behandlar under följande avsnitt inledningsvis vem som ska kunna överklaga ett beslut. Under de därefter följande avsnitten behandlas till vilken instans beslut enligt lagen överklagas.

12.4.2 Vem ska ha rätt att överklaga ett beslut?

En förutsättning för att lagen ska vara tillämplig är att den saken gäller till följd av en demenssjukdom har nedsatt beslutsförmåga.

Enligt 22 § förvaltningslagen (1986:223) får ett beslut överklagas av den som beslutet angår, om beslutet har gått honom emot och beslutet kan överklagas. En motsvarande bestämmelse vid överklagande av beslut av förvaltningsdomstol finns i 33 § andra stycket FPL.

När det gäller frågan om en åtgärd enligt lagen ska få vidtas eller fortsatt ska få användas torde det i praktiken förhålla sig så att den som åtgärden riktar sig mot rent faktiskt inte har förmåga att själv överklaga ett beslut enligt lagen. Mot den bakgrunden måste det, för att överklaganderätten inte endast ska bli teoretisk, finnas någon, som kan biträda den enskilde med att överklaga ett beslut. Den enskilde ska i ett ärende/mål enligt lagen företrädas av en god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken (se avsnitt 12.14). Det åligger därför denne att vara den enskilde behjälplig vid ett överklagande.

Det kan diskuteras om även en närstående till den berörde ska ha möjlighet att överklaga beslut enligt lagen. I de situationer då det övervägs att tillämpa lagen torde det i de flesta fall i praktiken bli så att det är en nära anhörig som kommer att förordnas till god man. Detta ter sig också i dessa situationer naturligt då det här rör sig

¹⁷ Trygve Hellners och Bo Malmqvist, Förvaltningslagen, 2003, s. 258 och där gjorda hänvisningar.

om personliga frågor och att det därför är av mycket stor betydelse att den som förordnas till god man känner den berörde väl. Undantag från denna huvudregel torde främst bli aktuellt då den saken gäller saknar en anhörig eller den anhörige bor långt bort och det därför av praktiska skäl kan vara svårt för honom eller henne att företräda den berörde. Det kan också förhålla sig på det sättet att anhöriga har olika åsikter om saken och det därför inte kan anses lämpligt att en anhörig förordnas till god man. Enligt min uppfattning är det i en situation där en god man har utsetts i anledning av att det finns intressekonflikter mellan anhöriga inte önskvärt att det finns en möjlighet för dem att överklaga ett beslut enligt lagen. Om en sådan möjlighet skulle finnas kunde exempelvis den situationen uppkomma där en anhörig överklagar ett beslut medan en annan anhörig motsätter sig överklagandet. En överklaganderätt för anhöriga i en sådan situation torde enligt min uppfattning också kunna leda till svårigheter för den gode mannen att fullgöra sitt uppdrag. Med hänsyn till det anförda anser jag vid en samlad bedömning att ett beslut enligt lagen endast ska kunna överklagas av den enskilde själv, vilket i praktiken som framgår ovan normalt kommer att innebära att det är hans eller hennes gode man som rent faktiskt överklagar ett beslut.

En närstående som anser att ett beslut enligt lagen är felaktigt och därför bör överklagas har med hänsyn till vad jag föreslår att vända sig till den gode mannen och diskutera saken med honom eller henne eller att ta upp saken med socialnämnden, som har en skyldighet att agera om den får kännedom om sådana omständigheter att det kan finnas skäl till någon förändring i det enskilda ärendet. Jag har givetvis förståelse för att det som jag föreslår kan leda till att närstående i vissa situationer kan känna sig "utanför" i och med att de inte av egen kraft kan få till stånd en prövning. Dessa situationer torde dock framför allt uppstå i ärenden där det bland närstående råder olika uppfattning om vad som är bäst för den berörde, varför en överklaganderätt för varje närstående med stor sannolikhet inte är till sin fördel för den det gäller. Som framgår av det jag anför under avsnitt 12.5.4 är dock en närstående oförhindrad att hos socialnämnden framföra sina argument för en omprövning av ett beslut.

Enligt 7 a § FPL, är, om en enskild överklagar en förvaltningsmyndighets beslut, den myndighet som först beslutade i saken den enskildes motpart sedan handlingarna i ärendet har överlämnats till domstolen. Av detta och med hänsyn till vad som anges i 33 § andra

stycket FPL följer att den myndigheten har rätt att överklaga länsrätts och kammarrätts beslut om detta går myndigheten emot.

12.4.3 Överklagande av ett slutligt beslut av socialnämnden

Enligt vad jag föreslår ankommer det på socialnämnden att besluta om medgivande att använda brickbord, bälten, sänggrindar och liknande anordningar, olika typer av larm, om fasthållande och bortförande till ett annat rum samt vidtagande av nödvändiga omvårdnadsinsatser och att besluta i fråga om en tvångs- eller begränsningsåtgärd ska upphävas eller inte. Den instans som kan komma ifråga att pröva ett överklagande av ett sådant beslut är givetvis allmän förvaltningsdomstol. Med allmän förvaltningsdomstol avses länsrätten¹⁸.

12.4.4 Överklagande av ett tillfälligt beslut av socialnämnden

Lagen innehåller en möjlighet för socialnämnden att besluta om att vissa av de åtgärder som ska kunna få användas ska få vidtas tillfälligt i avvaktan på att saken avgörs slutligt av nämnden själv eller av länsrätten efter ansökan från nämnden.

En överprövning av ett sådant beslut kan komma till stånd genom att det ska åligga nämnden att inom en viss bestämd tid underställa länsrätten sitt beslut. När en sådan underställning har skett ska det ankomma på länsrätten att, också det inom en särskilt föreskriven tid, pröva om nämndens beslut ska fastställas eller inte. En annan möjlighet är att nämndens beslut måste överklagas för att en överprövning ska komma till stånd. En kombination av dessa alternativ är också möjlig. Om båda dessa förfaranden skulle tillämpas faller det sig naturligt att underställningsförfarandet skulle förbehållas de mer ingripande åtgärderna som det ankommer på länsrätten att, efter ansökan från socialnämnden, ta ställning till. Det skulle, då jag inte föreslår att det ska vara möjligt för socialnämnden att meddela ett tillfälligt beslut om att någon ska flyttas till ett särskilt boende, innebära att underställningsförfarandet skulle gälla för åtgärden låsning av dörr.

En stor fördel med ett underställningsförfarande jämfört med överklagandealternativet är att beslutet automatiskt kommer att bli

¹⁸ 14 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar.

föremål för domstolsprövning. Ett system med underställning skulle också med stor sannolikhet medföra en snabbare handläggning av saken.

Antalet tillfälliga beslut torde dock med hänsyn till den personkrets som mitt betänkande omfattar komma att bli betydande. Mot den bakgrunden tror jag inte att det är praktiskt genomförbart att låta ett underställningsförfarande gälla för samtliga åtgärder där socialnämnden ska kunna meddela ett tillfälligt beslut.

Fråga uppkommer därför om olika förfaranderegler, beroende på vilken åtgärd det rör sig om, bör gälla vid en överprövning av ett tillfälligt beslut eller om, vilket skulle förenkla lagstiftningen, ett enhetligt system för samtliga åtgärder ska gälla. Av det nyss anförda följer att om överprövningsförfarandet av ett tillfälligt beslut ska vara enhetligt för samtliga tvångs- och begränsningsåtgärder som kan komma i fråga, måste det bli fråga om ett överklagandeförfarande.

Att införa ett särskilt förfarande för tillfälliga beslut om att låsa en dörr ställer jag mig tveksam till. Jag tror inte heller att den omständigheten att det, för att ett tillfälligt beslut om inlåsning ska bli föremål för länsrättens ställningstagande, ska krävas ett överklagande medför någon betydande försämring vad gäller rätts säkerheten för den enskilde. Det som dock kan befaras är att ett överklagande kan fördröjas en viss tid om en god man inte kan tillsättas tillräckligt snabbt. Med en bestämmelse som ger överförmyndaren rätt att i brådskande fall tillfälligt utse en god man torde ett eventuellt överklagande av ett tillfälligt beslut dock kunna ske inom en rimlig tid (se avsnitt 12.14.4).

Med beaktande av detta anser jag att det för den enskildes rätts säkerhet är tillfyllest att en överprövning av ett tillfälligt beslut om inlåsning kan komma till stånd genom att saken överklagas på samma sätt som för andra tillfälliga beslut av socialnämnden enligt lagen.

12.4.5 Överklagande av förvaltningsdomstols beslut

Bestämmelser om överklagande av allmän förvaltningsdomstols beslut finns i FPL. Enligt 33 § FPL överklagas länsrätts beslut hos kammarrätten. Kammarrättens beslut överklagas hos Regeringsrätten. Enligt 34 § FPL får talan mot beslut, som ej innebär att målet avgörs, som huvudregel endast föras i samband med talan

mot beslut i själva målet. I tredje punkten i bestämmelsens första stycke föreskrivs dock att talan mot beslut får föras särskilt när rätten har förordnat rörande saken i avvaktan på målets avgörande.

Några särskilda bestämmelser avseende överklagande av domstols beslut gällande möjligheten att få använda i lagen angivna tvångs- och begränsningsåtgärder eller om en sådan åtgärd även ska få användas fortsättningsvis är därför inte nödvändiga.

12.4.6 Prövningstillstånd

I 34 a § FPL regleras de centrala och grundläggande bestämmelserna om prövningstillstånd i kammarrätten. Bl.a. anges de grunder på vilka prövningstillstånd ska kunna meddelas, dvs. ändringsdispens, prejudikatdispens och extraordinär dispens.

I lagrummet anges emellertid inte vilka mål eller målgrupper som omfattas av krav på prövningstillstånd. Sådana bestämmelser ska i stället finnas i de materiella författningarna. Prövningstillstånd är tänkt främst för mål som prövats av en förvaltningsmyndighet, innan det har prövats av länsrätt. Det har dock inte uteslutits att det kan finnas måltyper som lämpar sig för ett system med prövningstillstånd, även om det inte har prövats av en förvaltningsmyndighet innan det når länsrätt¹⁹.

Som skäl för införandet av prövningstillstånd anfördes²⁰ bl.a. följande.

Generellt är instanskedjorna längre hos förvaltningsdomstolarna än hos de allmänna domstolarna. Detta beror på att förvaltningsdomstolarnas uppgift i de flesta fall är att överpröva förvaltningsmyndigheters beslut. Nedflyttningen av måltyper till länsrätt kommer att leda till att denna funktion förstärks och att instanskedjorna därigenom kommer att förlängas. Långa instanskedjor kan medföra att det dröjer länge innan det finns ett slutligt avgörande i de mål som överklagas. För både samhället och de enskilda är det en fördel att handläggningen av målen inte drar ut för mycket på tiden. Detta talar för att ett dispensystem införs även i kammarrätt. Vidare är det otvivelaktigt så att ett dispensystem även i kammarrätt skapar möjligheter att bättre och mer effektivt utnyttja de resurser som finns.

Krav på prövningstillstånd till kammarrätten gäller numera i de flesta förvaltningsrättsliga författningarna²¹. Ett undantag härifrån

¹⁹ Prop. 1993/94:133 s. 34.

²⁰ A. prop. s. 33.

²¹ Bertil Wennergren, Förvaltningsprocesslagen m.m., 5 uppl. 2006, s 357.

utgör dock t.ex. mål om inkomsttaxering. Inom den sociala tvångsvården uppställs beträffande vissa beslut ett krav på prövningstillstånd²². Det gäller beslut där Statens institutionsstyrelse har meddelat det grundläggande beslutet. Det gäller bl.a. beslut om vård i enskildhet och avskildhet, inskränkningar i rätten att telefona och ta emot besök samt beslut om överflyttning till ett annat LVM-hem eller begäran om utskrivning från ett sådant hem. Av intresse i sammanhanget är enligt min uppfattning också hur frågan har hanterats på den allmänna domstolssidan vid överklagande till hovrätt. I rättegångsbalken (RB) finns förutom de grundläggande bestämmelserna om prövningstillstånd även bestämmelser om i vilka fall det ställs krav på prövningstillstånd i tvistemål och brottmål. När det gäller tvistemål gäller ett krav på prövningstillstånd endast mål där förlikning om saken är tillåten och där det saken gäller rör mindre värden (49 kap. 12 §). Beträffande brottmål ställs krav på prövningstillstånd i mål där den tilltalade inte dömts till annan påföljd än böter eller frikänts från brott för vilket det inte är föreskrivet svårare straff än fängelse i högst sex månader (49 kap. 13 §).

De tvångs- och begränsningsåtgärder som enligt mitt förslag ska vara tillåtna att använda innebär ett allvarligt ingrepp i den personliga integriteten och beträffande vissa av åtgärderna även en begränsning i möjligheten att röra sig fritt. Att med stöd av mitt förslag besluta att flytta någon till ett särskilt boende eller att låsa dörren för någon är mycket ingripande åtgärder. Det är därför enligt min mening självklart att det inte ska krävas prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten av sådana mål. Dessa mål omfattas som jag redogjort för ovan inte heller, då det är länsrätten som ska meddela det grundläggande beslutet, av den målgrupp som enligt förarbetena främst är tänkta att omfattas av ett krav på prövningstillstånd. Vad sedan gäller de övriga tvångs- och begränsningsåtgärderna kan det, med hänsyn till att jag föreslår att det ska vara socialnämnden som ska meddela det grundläggande beslutet, diskuteras om det ska ställas upp ett krav på prövningstillstånd vid ett överklagande till kammarrätten. Som jag anført vid ett flertal tillfällen tidigare innebär de åtgärder som jag föreslår ska få användas en allvarlig kränkning av den enskildes integritet. Vid en samlad bedömning anser jag därför att övervägande skäl talar för att det inte heller för de åtgärder som socialnämnden ska besluta

²² 42 § LVU och 44 § LVM.

om i första instans ska uppställas något krav på prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätt. Den omständigheten att det enligt LVU och LVM krävs prövningstillstånd vid överklagande av vissa beslut som Statens institutionsstyrelse har beslutat om i första instans ändrar inte min uppfattning i denna fråga.

I sammanhanget vill jag också tillägga att enligt min uppfattning det redan i länsrätt kommer att vara få överklaganden, då den enskilde, hans eller hennes närstående, den gode mannen m.fl. under utredningen haft möjlighet att framföra sina synpunkter. De säkert mycket få fall där ena parten önskar få frågan prövad i kammarrätt torde mot denna bakgrund vara mål av mera principiellt intresse.

Som angivits i föregående avsnitt överklagas kammarrättens beslut till Regeringsrätten. Av 35 § FPL framgår att ett överklagande av kammarrättens beslut endast prövas av Regeringsrätten om denna har meddelat prövningstillstånd. Om prövningstillstånd inte meddelas står kammarrättens beslut fast, vilket i praktiken innebär att beslutet vinner laga kraft i och med att Regeringsrättens beslut har getts parterna till känna, dvs. expedierats.

12.5 Ett slutligt besluts giltighet i tiden och därmed sammanhängande frågor

Mina förslag:

- Ett slutligt beslut om medgivande till en tvångs- eller begränsningsåtgärd ska inte vara begränsat i tiden.
- Socialnämnden ska minst en gång var sjätte månad överväga om ett beslut i fråga om en tvångs- eller begränsningsåtgärd fortfarande behövs.
- När en åtgärd inte längre behövs ska socialnämnden genast upphäva det beslut som medger att tvångs- eller begränsningsåtgärden får användas.
- En beslutad tvångs- eller begränsningsåtgärd ska alltid omprövas om den enskilde begär det.
- Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar i frågor gällande övervägande/omprövning och upphävande av ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd får endast ges åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden.

12.5.1 Ett slutligt besluts giltighet i tiden

Ett beslut om att en åtgärd enligt lagen får vidtas ska syfta till att skapa förutsättningar för att den berörde inte ska skada sig själv eller någon annan samt att möjliggöra genomförandet av nödvändiga vård- och omsorgsinsatser. När åtgärder med stöd av lagen är nödvändiga kommer det säkerligen många gånger att förhålla sig på det sättet att de är nödvändiga under en längre tid. Det torde vidare i praktiken vara mycket svårt att förutse under hur lång tid en åtgärd i ett visst ärende kan komma att behövas, detta beroende på att de faktiska förhållandena kommer att variera från fall till fall. Mot den bakgrunden talar enligt min mening övervägande skäl för att det är behovet av åtgärden som bör bestämma beslutets giltighet i tiden och att denna därför inte bör fastställas redan från början i beslutet. Vad jag nu anfört riktar sig mot samtliga åtgärder enligt lagen utom flyttning till särskilt boende. Den sistnämnda åtgärden är i normalfallet tänkt att endast komma ifråga vid ett tillfälle, till skillnad mot de övriga åtgärderna som ska kunna tillgripas återkommande när behov uppstår. Frågan om ett besluts giltighet i tiden saknar därför av naturliga skäl normalt intresse när det gäller åtgärden flyttning till särskilt boende. Som framgår av vad jag anför i följande avsnitt är dock detta inte alltid fallet.

12.5.2 Övervägande av ett beslut om tillåtande att använda en tvångs- eller begränsningsåtgärd

Som framgår av föregående avsnitt föreslår jag inte att det i lagen ska införas någon bestämmelse i vilken det anges en bestämd giltighetstid för ett beslut. Enligt vad jag föreslår ska det istället vara behovet i det enskilda ärendet som ska vara avgörande för under hur lång tid ett beslut ska gälla.

Efter det att socialnämnden själv eller rätten har beslutat om att en åtgärd får vidtas måste självfallet en uppföljning ske så att beslutet inte gäller under längre tid än som är nödvändigt med hänsyn till omständigheterna. Eftersom det är nämnden som ansvarar för att den enskilde får en god vård och omsorg, bör denna uppgift ankomma på socialnämnden. För att kunna följa upp hur förhållandena utvecklar sig är det därför viktigt att nämnden håller sig informerad om ett ärende. Mot den bakgrunden bör det finnas en skyldighet för nämnden att med jämna tidsintervall följa upp om

behov av den beslutade åtgärden alltså föreligger. Denna skyldighet bör omfatta alla tvångs- och begränsningsåtgärder som anges i mitt förslag, således även åtgärden att flytta någon till ett särskilt boende. En motsvarande skyldighet föreskrivs för socialnämnden enligt LVU beträffande bl.a. frågor om beslutad vård, umgängesbegränsning eller om hemlighållande av vistelseort fortfarande behövs.

Anledningen till att även beslut om att flytta någon till ett särskilt boende bör omfattas av denna skyldighet är att förhållandena i det enskilda ärendet kan utvecklas på det sättet att grunden för att den enskilde bor på det särskilda boendet faktiskt inte behöver vara ett tvångsbeslut enligt den av mig föreslagna lagen. Jag tänker t.ex. på den situationen att den enskilde efter det att flyttningen har verkställts på något sätt ger uttryck för att han eller hon trivs där och önskar bo där. Jag anser att det mest ändamålsenliga i en sådan situation är att det beslut som låg till grund för flyttningen upphävs och att nämnden samtidigt genom ett beslut enligt 4 kap. 1 § SoL beviljar den enskilde plats på boendet.

Man kan tänka sig olika lösningar på hur denna uppföljning ska ske. Antingen kan den ordningen väljas att socialnämnden ska överväga om åtgärden fortfarande behövs eller så ska det ankomma på den att göra en formell omprövning av saken. I LVU tillämpas båda dessa alternativ. Övervägandeförfarandet används därvid bl.a. beträffande frågan om vård enligt 2 § LVU (miljöfallen), umgängesbegränsning eller hemlighållande av vistelseort fortfarande behövs. Omprövningsförfarandet tillämpas beträffande frågan om vård enligt 3 § LVU (beteendefallen) fortfarande är nödvändig. Övervägandeförfarandet såvitt avser frågan om vård alltså behövs har i förarbetena²³ motiverats med att en obligatorisk omprövning var sjätte månad kunde skapa onödig oro och otrygghet för såväl barnet, de biologiska föräldrarna som familjehemsföräldrarna vilket i sig skulle kunna motverka syftet med placeringen, att skapa trygga och stabila förhållanden för barnet. I regeringens proposition²⁴ har angetts att man när det gäller vård i beteendefallen kan förutse en kortare vårdtid och att en obestämd vårdtid i dessa fall ofta kan försvåra rehabiliteringsarbetet och att en obligatorisk omprövning av vårdbehovet i dessa fall därför bör ske var sjätte månad.

²³ Prop. 1989/90:28 s. 76.

²⁴ Prop. 1979/80:1, del A s. 502.

En omprövning av ett beslut om vård enligt LVU innebär att ett förvaltningsrättsligt ärende föreligger. Detta medför att förvaltningslagens bestämmelser om partsinsyn, kommunikation m.m. blir tillämpliga. Omprövningen ska också resultera i ett formellt beslut, som kan överklagas.

Ett övervägande enligt LVU innebär inte att något formellt beslut i frågan fattas utan det är att betrakta som en information eller anmälan till nämnden för att den ska hålla sig underrättad om t.ex. vården alltjämt behövs. Det skriftliga material som redovisas för nämnden behöver därför inte kommuniceras med en part. Övervägandet kan således ske utan att en part behöver vara medveten om det. Det åligger den tjänsteman inom förvaltningen som har ansvaret för vården att till nämnden anmäla hur vården bedrivs och hur förhållandena har utvecklats.

Avsikten med tjänstemannens anmälan till socialnämnden är således inte att den ska leda fram till ett formellt beslutsförfarande. Det är först när nämnden finner anledning att ifrågasätta behovet av ett besluts fortsatta giltighet, som en formell prövning i nämnden bör ske. Nämnden ska i en sådan situation ta initiativ till att behövliga kompletteringar av utredningen görs, varvid förvaltningslagens bestämmelser om parts rätt till insyn, kommunikation m.m. ska iakttas, samt därefter fatta beslut i saken. Finner nämnden däremot vid sitt formlösa övervägande att någon prövning inte behöver göras, kan den lägga tjänstemannens anmälan till handlingarna utan beslut i saken.

Som jag framhållit vid flera tillfällen tidigare omfattar mitt förslag personer som till följd av en demenssjukdom har nedsatt beslutsförmåga och därför inte anses kunna lämna ett grundat ställningstagande till det saken gäller. Mot den bakgrunden ställer jag mig tveksam till att införa en obligatorisk omprövning, vid vilken förvaltningslagens bestämmelser om utredning, kommunikation m.m. blir tillämpliga, om det inte har framkommit sådana uppgifter som talar för att åtgärden inte längre behövs. Det kan inte heller uteslutas att den berörde påverkas negativt av den utredning och andra åtgärder som måste vidtas inför en sådan formell omprövning. Jag kan vidare inte se att det ur rättssäkerhets-synpunkt för den berörde finns skäl att välja det ena eller andra systemet, utan båda systemen torde därvidlag väl uppfylla kraven för en rättssäker handläggning. Jag anser därför att socialnämnden, i likhet med vad som gäller för vissa beslut enligt LVU, åläggs att med vissa tidsmellanrum överväga om åtgärden alltjämt behöver

kunna tillgripas. Det bör därvid ankomma på ansvarig tjänsteman under nämnden att till denna anmäla hur ärendet utvecklar sig. Om nämnden vid sitt övervägande anser att det finns anledning att ifrågasätta om åtgärden alltjämt behövs, ska nämnden självfallet ta upp saken till en formell omprövning, varvid förvaltningslagens bestämmelser om parts rätt till insyn m.m. ska tillämpas.

Jag föreslår i avsnitt 12.5.5 att det ska ankomma på nämnden att upphäva ett beslut som inte längre behövs. Mot den bakgrunden anser jag att det finns skäl att i lagen föreskriva en bestämd tid inom vilken socialnämnden senast ska överväga ett beslut. Det kan diskuteras om det tidsintervall inom vilket ett beslut enligt lagen ska övervägas bör vara olika beroende på vilken åtgärd saken gäller. För socialnämndens vidkommande är det givetvis av praktiska skäl mest lämpligt om samma tidsintervall gäller oberoende av vilken åtgärd beslutet avser. Jag anser inte att det finns sådana skäl som ger anledning till att införa olika tidsintervall beroende på vilken åtgärd det är fråga om.

När det sedan gäller frågan om med vilket tidsintervall ett sådant övervägande ska ske, måste man givetvis först och främst beakta kravet på att den enskildes rättssäkerhet kan garanteras och att ett beslut inte gäller under en längre tid än som är nödvändigt. Man måste emellertid vid denna avvägning också beakta att det ska vara praktiskt möjligt för socialnämnderna att uppfylla lagens krav. Det kan med stor sannolikhet – till följd av den personkrets lagen omfattar – antas att det kommer att bli fråga om ett stort antal överväganden för socialnämndernas del. För att den enskildes rättssäkerhet ska kunna garanteras anser jag att ett övervägande bör ske med högst sex månaders mellanrum, vilket också bör vara ett rimligt intervall för socialnämndernas vidkommande. Av det sagda följer att behovet av en åtgärd alltid – dvs. oavsett hur lång tid som har gått sedan saken senast övervägdes eller omprövades – ska övervägas eller omprövas om det framkommer skäl till detta.

12.5.3 Begäran om att ett beslut ska upphävas

För det fall den enskilde själv, om han eller hon har förmåga till detta, eller dennes gode man, för den enskildes räkning, begär att ett tidigare meddelat beslut om att en viss åtgärd vid behov får användas ska upphävas, ska en omprövning alltid ske. Detsamma

ska gälla för ett beslut som har legat till grund för att någon med stöd av lagen har flyttats till ett särskilt boende.

Det kan diskuteras vilka krav som ska ställas upp för att en begäran om upphörande ska anses framställd från den enskilde själv. Enligt min uppfattning kan, med hänsyn till att den enskilde normalt inte torde kunna inse vad ett upphävande av ett beslut om tillåtelse att använda en tvångs- eller begränsningsåtgärd innebär för honom eller henne, allmänna protester från den enskilde när en åtgärd ska vidtas normalt inte anses utgöra en sådan framställning som kräver att en formell omprövning görs. Däremot kan sådana protester givetvis leda till att den gode mannen kan ta upp saken för den enskildes räkning. Det är här dock fråga om svåra avvägningar och då det handlar om tvångs- eller begränsningsåtgärder är det därför av stor vikt att en bedömning av saken görs utifrån hur förhållandena faktiskt ser ut i varje enskilt fall.

En närståendes, som inte är god man, möjlighet att begära omprövning behandlas i följande avsnitt.

12.5.4 En närståendes ställning

I avsnitt 12.4.2 har jag behandlat frågan om någon annan än den enskilde själv ska vara behörig att överklaga ett beslut om att en åtgärd får vidtas. Jag har där kommit till den slutsatsen att så inte ska vara fallet. Som jag också anförat där kommer det i praktiken dock bli så att det är den enskildes gode man som för den enskildes talan. I konsekvens med detta måste detsamma gälla beträffande möjligheten att begära att ett meddelat beslut ska omprövas/upphävas. Även om en närstående, som inte har förordnats till god man för den berörde, således inte har någon formell behörighet att begära omprövning och en god man inte anser att omprövning bör ske, så är den närstående oförhindrad att hos nämnden framföra sina argument för en omprövning. Nämnden är som framgår ovan skyldig att om den får kännedom om något som ger anledning att ifrågasätta om åtgärden alltjämt är nödvändig ta upp saken till omprövning.

12.5.5 Upphävande av ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd

Ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd enligt lagen ska givetvis inte gälla längre än vad som är nödvändigt. Ett av de grundläggande syftena med lagen är ju att minska användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder. Med hänsyn till detta ska ett beslut omedelbart upphävas om de förutsättningar som låg till grund för beslutet inte längre föreligger. Som jag redovisat i avsnitt 12.5.2 föreslår jag att det ska ankomma på socialnämnden att kontinuerligt överväga om ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd enligt lagen alltjämt behövs. Det är därför enligt min uppfattning också lämpligt att det är nämnden som ska besluta om ett upphävande. Denna ordning gäller för övrigt även också i LVU när t.ex. vård eller umgängesrestriktioner inte längre behövs.

12.5.6 Delegation

Beslut om att en viss åtgärd enligt lagen ska få vidtas ska antingen fattas av socialnämnden eller, efter ansökan från nämnden, av länsrätten. När det gäller de beslut som nämnden kan fatta själv föreslår jag inte någon särskild begränsning, utöver vad som gäller enligt kommunallagen, beträffande möjligheten att delegera beslutanderätten. Vad angår nämndens möjlighet att delegera sin beslutanderätt att ansöka till länsrätten om att en åtgärd ska få vidtas föreslår jag att den begränsas på så sätt att delegation endast kan ske till en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden. Detsamma ska enligt vad jag föreslår också gälla beträffande socialnämndens möjlighet att delegera rätten att fatta tillfälliga beslut. Ett tillfälligt beslut ska dock om nämndens beslut inte kan avvaktas även kunna meddelas av nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat.

För den enskildes rättssäkerhet är det av stor betydelse att det finns sådana rutiner att övervägandena sker med som längst det tidsmellanrum om sex månader som jag föreslår. Mot den bakgrunden anser jag att möjligheten att delegera frågan om att överväga om ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd alltjämt ska gälla bör begränsas. Denna begränsning bör gälla såväl de åtgärder enligt lagen som nämnden kan besluta om själv som de åtgärder

som det ankommer på länsrätten att som första instans ta ställning till. Enligt min mening är det också i nu berört avseende lämpligt att begränsa delegationsrätten på så sätt att delegation endast kan ske till en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden.

I konsekvens med vad jag föreslagit i föregående stycke om övervägande bör möjligheten att delegera beslutanderätten avseende frågan om upphävande av ett beslut om en viss åtgärd begränsas på samma sätt.

12.6 Ett tillfälligt besluts giltighet i tiden

Mina förslag:

- Ett tillfälligt beslut om att ytterdörren eller dörren till en avdelning på ett särskilt boende eller en dagverksamhet ska vara låst för viss person och att denne får kvarhållas eller återföras upphör att gälla om inte socialnämnden inom föreskriven tid till länsrätten har ingivit en ansökan om att åtgärden ska få tillgripas. Ett tillfälligt beslut om en åtgärd som socialnämnden själv kan ta slutlig ställning till upphör att gälla om ett slutligt beslut inte har meddelats inom föreskriven tid.
- Den tid inom vilken socialnämnden ska inge en ansökan till länsrätten eller själv meddela ett slutligt beslut ska vara fyra veckor. Tidsfristen ska beräknas från den dag då det tillfälliga beslutet meddelades. Vid särskilda skäl ges dock socialnämnden en möjlighet att när det gäller användande av sänggrind, brickbord, bälte, sele eller annan liknande anordning, användande av pejlings- och larmanordning, tillåtelse att hålla fast eller föra bort den enskilde till ett annat rum samt att använda fysiskt tvång vid genomförande av nödvändiga omvårdnadsinsatser förlänga denna tid med högst två veckor. Ett särskilt beslut om detta ska meddelas. Ett beslut om att utredningstiden förlängs ska inte kunna överklagas.

- Om det inte längre finns skäl för en viss åtgärd, ska socialnämnden genast besluta att ett beslut som tillåter att en åtgärd får vidtas tillfälligt ska upphöra att gälla. När det gäller ett tillfälligt beslut om att en dörr får låsas ska även länsrätten i samband med att den prövar om åtgärden ska få tillgripas kunna besluta att ett tillfälligt beslut om att åtgärden får vidtas ska upphöra.

12.6.1 Inledning

Ett tillfälligt beslut av socialnämnden ska kunna överklagas till länsrätten (se avsnitt 12.4.4), varvid det kan komma att upphävas. Under detta avsnitt behandlas när ett tillfälligt beslut om att en tvångs- eller begränsningsåtgärd får användas upphör att gälla utan att det beslutet har överklagats till länsrätten.

12.6.2 Slutligt beslut har ej meddelats/ansökan hos länsrätten har ej gjorts av socialnämnden inom föreskriven tid

Som framgår av avsnitt 12.3.2 föreslår jag att det ska finnas en möjlighet för socialnämnden att beträffande samtliga tillåtna åtgärder, utom flyttning till särskilt boende, meddela ett tillfälligt beslut om att en åtgärd får vidtas i avvaktan på att saken kan prövas slutligt. Jag föreslår vidare att ett sådant beslut ska kunna överklagas till länsrätten.

Ett tillfälligt beslut är av provisorisk karaktär. Syftet med ett sådant beslut är att säkerställa att nödvändig vård och omsorg och erforderligt skydd kan ges fram till dess att saken kan avgöras slutligt av nämnden själv eller länsrätten, efter ansökan från nämnden. De tvångs- och begränsningsåtgärder som ska vara tillåtna innebär en kränkning av den enskildes integritet och vissa av åtgärderna medför även att den enskildes faktiska möjlighet att fritt förflytta sig begränsas. Det är mot den angivna bakgrunden av rättssäkerhetsskäl av stor betydelse att ett tillfälligt beslut inte gäller längre än som är absolut nödvändigt. För att undvika detta anser jag att det i lagen behöver anges en tidsfrist inom vilken socialnämnden, i de fall beslutanderätten ligger på denna, ska meddela ett slutligt beslut i saken eller, om beslutanderätten ankommer på länsrätten,

att till rätten ansöka om att en åtgärd ska få vidtas. Denna tidsfrist ska beräknas från dagen för meddelande av det tillfälliga beslutet.

Jag har i avsnitt 12.2 redogjort för vad en utredning som ska ligga till grund för ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd ska få tillgripas normalt ska innehålla. Av den redogörelsen framgår bl.a. att utredningen ska normalt innehålla en medicinsk utredning som visar att den berörde ingår i personkretsen, dvs. att han eller hon har nedsatt beslutsförmåga och därför inte kan ta ställning till det saken gäller och att den nedsatta beslutsförmågan beror på en demenssjukdom, en redogörelse för den enskildes nuvarande förhållanden, vilka eventuella åtgärder som har prövats tidigare och med vilket resultat samt närståendes och den gode mannens inställning till den tilltänkta åtgärden. Det ligger i sakens natur att denna utredning måste ta en viss tid att genomföra och sammanställa. Det är dock svårt att nu avgöra hur lång tid en sådan utredning i genomsnitt kan tänkas ta. Utredningstiden kan t.ex. bero på vilken medicinsk utredning som anses erforderlig och den tid inom vilken en sådan utredning kan påbörjas.

I 6 § LVU föreskrivs att socialnämnden, om länsrätten har fastställt ett beslut om omedelbart omhändertagande, inom fyra veckor från den dag då omhändertagandet verkställdes ska ansöka hos länsrätten om att den unge ska beredas vård med stöd av den lagen. Länsrätten får dock enligt lagrummet medge förlängning av denna tid om ytterligare utredning eller någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt. I förarbetena²⁵ anges att det ligger i sakens natur att länsrätten bör vara restriktiv både i fråga om att medge förlängning och när det gäller förlängningstiden. Vidare anges att förlängningen normalt inte bör överstiga någon eller ett fåtal veckor.

Enligt min mening är det rimligt att den utredning som enligt vad jag föreslår ska genomföras innan ett slutligt beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd fattas också kan färdigställas inom loppet av fyra veckor. Självfallet kan det uppstå situationer som innebär att en utredning inte hinner färdigställas inom denna tidsram. Det kan t.ex. tänkas att den berörde blir sjuk och därför inte kan genomgå den medicinska utredningen vid den tidpunkt som var tänkt, vilket i förlängningen kan leda till att utredningen inte hinner färdigställas inom fyra veckor. Detta medför av naturliga skäl att det blir svårt för socialnämnden eller länsrätten att ta ställ-

²⁵ Prop. 1989/90:28, s. 111.

ning till om en åtgärd ska få tillgripas eller inte. Det är självfallet såväl för den berörde som för rättssäkerheten mycket viktigt att utredningen är så fullständig som möjligt innan beslut i saken meddelas. Mot den bakgrunden anser jag att det måste finnas en möjlighet att i undantagsfall förlänga utredningstiden.

Det kan diskuteras om det ska vara socialnämnden eller länsrätten som ska besluta om en sådan förlängning av utredningstiden. Av praktiska skäl men även ur kostnadssynpunkt är det självfallet mest ändamålsenligt att beslutanderätten ska ankomma på nämnden. Ur rättssäkerhetssynpunkt för den enskilde kan det dock ifrågasättas om det inte bör vara länsrätten som efter ansökan från nämnden ska fatta ett sådant beslut, då ett beslut om att förlänga utredningstiden i praktiken också innebär att det tillfälliga beslutet om att en åtgärd får användas förlängs. Vid en sammanvägd bedömning anser jag dock att beslutanderätten när det gäller användande av sänggrind, brickbord, bälte, sele eller annan liknande anordning, användande av pejlings- och larmanordning, tillåtelse att hålla fast eller föra bort den enskilde samt att använda fysiskt tvång vid genomförande av nödvändiga omvårdnadsinsatser ska ankomma på socialnämnden. Möjligheten att besluta om att en dörr får låsas för någon innebär i praktiken ett frihetsberövande. Mot den bakgrunden anser jag inte att socialnämnden ska kunna besluta om att förlänga utredningstiden beträffande denna åtgärd. Om socialnämnden i ett ärende gällande denna åtgärd har meddelat ett tillfälligt beslut om att dörren får låsas och utredningen inte hinner färdigställas inom fyra veckor får situationen i stället lösas på så sätt att nämnden innan tidsfristen har löpt ut får ansöka hos länsrätten om att åtgärden ska få vidtas och i samband därmed hemställa om att få komplettera utredningen. Länsrätten ska enligt vad jag föreslår i ett mål gällande en ansökan om tillåtelse att låsa en dörr där det finns ett tillfälligt beslut pröva ansökan inom en vecka från den dag då ansökan kom in till domstolen (12.7.2). Länsrätten föreslås dock få förlänga denna tid bl.a. om det är nödvändigt för att komplettera utredningen.

Eftersom saken rör tvångs- eller begränsningsåtgärder anser jag att det i lagen måste anges en viss längsta tid med vilken socialnämnden som längst får förlänga utredningen. Härvidlag anser jag att två veckor utgör en lämplig gräns. Av rättssäkerhetsskäl ska det fattas ett formellt beslut om att utredningstiden förlängs. I beslutet ska anges skälet för förlängningen och den tid med vilken utred-

ningen förlängs. Ett beslut om att förlänga utredningstiden bör inte kunna överklagas.

Om socialnämnden beträffande de åtgärder som den kan besluta om själv inte inom fyra veckor från det att det tillfälliga beslutet meddelades eller om förlängning av denna tid har beslutats inom den tiden inte har fattat ett slutligt beslut om en viss åtgärd ska få användas eller inte, upphör det tillfälliga beslutet att gälla. Detsamma ska gälla för det fall socialnämnden, när det ankommer på länsrätten att efter ansökan från nämnden fatta beslut gällande tillåtelse att låsa en dörr, inte i rätt tid till länsrätten inkommer med en ansökan om att den ifrågavarande åtgärden ska få tillgripas. Om det i den sistnämnda situationen förhåller sig på det sättet att ansökan inkommer till länsrätten för sent, måste länsrätten omedelbart i ett beslut meddela nämnden att ansökan har inkommit för sent och att det tillfälliga beslutet därför har förfallit.

Om ett tillfälligt beslut har upphört på det sätt som har beskrivits i föregående stycke kan inte socialnämnden fatta ett nytt tillfälligt beslut på samma grunder som föranledde det tidigare beslutet. Detta får anses följa av allmänna rättsgrundsatser. Detsamma har ansetts gälla för det fall socialnämnden beträffande någon som har omhändertagits omedelbart med stöd av 6 § LVU inte inom den i LVU angivna tidsfristen har ansökt om att den personen ska beredas vård²⁶. Även om ett tillfälligt beslut av ovan angivet skäl har upphört att gälla utgör det givetvis inte något hinder för nämnden att därefter beroende på vilken åtgärd saken gäller själv besluta/ansöka hos länsrätten om att en åtgärd ska få tillgripas. För det fall saken gäller låsning av en dörr kan nämnden om en ansökan görs i nu beskriven situation i ansökan göra en framställning om att ett tillfälligt beslut ska meddelas (jfr avsnitt 12.3.5).

12.6.3 Skäl för ett tillfälligt beslut föreligger inte längre

En tvångs- eller begränsningsåtgärd ska inte gälla under längre tid än vad som anses behövt med hänsyn till den enskildes behov av vård och omsorg eller skydd för att undvika skada. Ansvaret för att så ej heller sker ligger på socialnämnden. Det kan självfallet efter det att ett tillfälligt beslut har meddelats under den fortsatta utredningen inträffa något som gör att det inte längre finns behov av att

²⁶ Prop. 1979/80:1, s 592 och Carl Norström och Anders Thunved, Nya sociallagarna, 19 uppl. 2006, s. 268, se även JO 1998/99 s. 282.

tillgripa den åtgärd som det tillfälliga beslutet gäller. När en sådan situation uppstår ligger det i sakens natur att socialnämnden måste vara skyldig att upphäva beslutet. Ett tillfälligt beslut upphör att gälla i samband med att saken avgörs slutligt i första instans. Mot denna bakgrund kan socialnämnden upphäva ett tillfälligt beslut fram till denna tidpunkt. Denna skyldighet föreligger självfallet också om det tillfälliga beslutet, efter överklagande, är eller har varit föremål för prövning i domstol. Syftet med denna skyldighet är att ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd inte ska gälla längre än nödvändigt och att den som omfattas av beslutet därför inte ska behöva avvakta domstolens avgörande när det står klart för nämnden att den berörda åtgärden inte längre behövs. För det fall domstolen ännu inte har meddelat beslut i saken måste nämnden underrätta denna om att det tillfälliga beslutet har upphävts. Givetvis måste nämnden också se till att den personal som har ansvaret för den enskildes vård och omsorg, den enskilde själv och hans eller hennes gode man omgående informeras om att beslutet inte längre gäller.

Ett slutligt beslut om att en dörr ska få låsas för någon ska socialnämnden inte kunna besluta om, utan detta ska det ankomma på länsrätten, att efter ansökan från socialnämnden, ta ställning till. Det kan därför beträffande denna åtgärd - till skillnad mot vad som gäller för de åtgärder som socialnämnden själv kan fatta ett slutligt beslut om - finnas ett gällande tillfälligt beslut när länsrätten prövar saken slutligt. Anledningen till denna skillnad är som jag anför ovan att ett tillfälligt beslut upphör att gälla när saken avgörs slutligt. Det kan i förevarande situation förhålla sig på det sättet att domstolen när den får tillgång till handlingarna i ärendet inte anser att det finns skäl för ett tillfälligt beslut och att således socialnämnden och domstolen har olika uppfattning i frågan. Det kan vidare förhålla sig på det sättet att det under handläggningen av målet i länsrätten kommer fram sådana uppgifter att domstolen inte anser att det tillfälliga beslutet ska kvarstå. Med hänsyn till det anförda och för att ett snabbt beslut ska kunna meddelas anser jag att också länsrätten ska kunna besluta om att ett tillfälligt beslut om att en dörr får låsas ska upphävas. Det får för övrigt också anses förhålla sig på det sättet att det är länsrätten som har bäst förutsättningar att avgöra om ett tillfälligt beslut ska kvarstå eller inte när målet är anhängigt i domstolen. En bestämmelse med motsvarande innehåll finns i LVU och LVM när det gäller upphävande

av ett omedelbart omhändertagande²⁷. Det ligger i sakens natur att länsrätten, om den under handläggningen av målet upphäver ett sådant beslut, när målet senare avgörs slutligt inte heller utom möjligen i något enstaka sällan förekommande fall kommer att bifalla nämndens ansökan om att åtgärden ska få vidtas.

12.7 Handlägningsfrister m.m.

Mina förslag:

- I lagen införs en allmän bestämmelse i vilken föreskrivs att mål och ärenden enligt lagen ska handläggas skyndsamt.
- Vad gäller länsrättens handläggning av ett mål gällande en ansökan från socialnämnden om att en dörr ska få låsas och där det föreligger ett tillfälligt beslut ska länsrätten ta upp målet till avgörande inom en vecka från det att ansökan inkom till domstolen. Länsrätten får dock om det av utredningsskäl eller andra omständigheter bedöms nödvändigt förlänga denna tid. Ett sådant beslut ska inte kunna överklagas.
- Rättens beslut om att någon får flyttas till ett särskilt boende upphör att gälla om den berörde inte har flyttats till det särskilda boendet inom fyra veckor från den dag då beslutet vann laga kraft.

12.7.1 Skyndsamt handläggning

Om socialnämnden inleder en utredning om en tvångs- eller begränsningsåtgärd ligger det i sakens natur att möjligheten att få använda sig av den tilltänkta åtgärden brådskar och att ett eventuellt beslut i saken därför kan meddelas så snart som möjligt. Det är därför av stor vikt att nämnden ser till så att den utredning som ska ligga till grund för ett eventuellt beslut av nämnden själv eller en ansökan till länsrätten om att åtgärden ska få vidtas inte drar ut på tiden.

Om socialnämnden efter genomförd utredning har funnit skäl att hos länsrätten ansöka om att en ytterdörr eller dörr till en avdelning på ett särskilt boende ska få låsas för viss person eller att någon ska flyttas till ett särskilt boende förhåller det sig givetvis

²⁷ 9 § tredje stycket LVU och 18 b § LVM, se även avsnitt 12.3.5.

också på det sättet att det är angeläget att en sådan ansökan prövas skyndsamt. Likaså är det angeläget att ett beslut av socialnämnden, som har överklagats till länsrätten, om att en åtgärd ska få vidtas prövas så snart som möjligt, detta bl.a. mot bakgrund av att socialnämndens beslut föreslås gälla omedelbart, om inte något annat förordnas (se avsnitt 12.12.3). Eftersom det är fråga om tvångs- eller begränsningsåtgärder måste kravet på en skyndsam handläggning också gälla för handläggningen i kammarrätt och Regeringsrätten. Förvaltningsprocesslagen (1971:291), FPL, innehåller emellertid inte några bestämmelser om handläggningstider.

Med hänsyn till vad jag anför ovan anser jag att det i en särskild bestämmelse uttryckligen bör föreskrivas att mål och ärenden enligt lagen ska handläggas skyndsamt. Bestämmelser med motsvarande innehåll finns i såväl LVU som LVM.

Utöver en sådan allmän bestämmelse om skyndsam handläggning föreslår jag (se avsnitt 12.6.2) i de situationer då nämnden har meddelat ett tillfälligt beslut om att en åtgärd får vidtas att nämnden – beroende på vilken åtgärd saken gäller – inom en viss bestämd tid själv ska meddela beslut eller hos länsrätten ansöka om att åtgärden ska få tillgripas. Syftet med detta är givetvis att ett tillfälligt beslut ska gälla under en så begränsad tid som möjligt innan saken kan prövas slutligt. Konsekvensen av om den föreskrivna tidsfristen inte hålls är att det tillfälliga beslutet upphör att gälla. Enligt min mening kan det diskuteras om det inte också i vissa situationer bör uppställas en tidsfrist inom vilken länsrätten normalt bör ta upp saken till avgörande. Denna fråga behandlar jag under avsnitten 12.7.2 och 12.7.3.

Kravet på att socialnämnden måste agera skyndsamt gäller inte bara under utredningsförfarandet. Likaså ankommer det på nämnden att efter sitt eget beslut eller efter beslut av domstol se till att ett beslut om att en åtgärd vid behov får användas kan verkställas så snart som möjligt. Detta är för övrigt också något som självfallet bör ligga i nämndens eget intresse. Vad angår ett beslut av domstol att någon ska flyttas till ett särskilt boende åligger det nämnden att se till så att den berörde bereds plats på ett sådant boende inom en mycket snar framtid. Frågan om verkställighet av ett sådant beslut behandlas vidare under avsnitt 12.7.4.

12.7.2 Handläggningen av en ansökan om att en dörr ska få låsas i ett ärende där det föreligger ett tillfälligt beslut

När det gäller ett ärende som avser en ansökan från socialnämnden till länsrätten om att en dörr ska få låsas i vilket det finns ett gällande tillfälligt beslut om att åtgärden får vidtas är det av rätts-säkerhetsskäl särskilt viktigt att målet prövas av länsrätten så snart som möjligt eftersom den enskilde i denna situation är att anse som frihetsberövad. Mot den bakgrunden anser jag att det bör uppställas ett krav på att länsrätten i en sådan situation ska pröva en ansökan inom en viss tid från det att den inkom till länsrätten. Enligt min mening bör en tid om en vecka vara tillräcklig för att länsrätten ska kunna bereda målet och ta upp ansökan till avgörande. Denna tidsfrist innebär emellertid inte att målet måste vara slutligt avgjort inom denna tidpunkt utan endast att den slutliga handläggningen ska ha påbörjats genom en muntlig förhandling eller föredragning. Syftet är med andra ord att handläggningen av målet ska komma igång så snart som möjligt.

Efter det att en ansökan har kommit in till länsrätten kan det visa sig att länsrätten av någon anledning inte kan ta upp målet till avgörande inom den angivna tidsfristen. Det kan t.ex. ha inträffat något som medför att utredningen behöver kompletteras i något avseende eller att en muntlig förhandling inte kan hållas inom föreskriven tid. Det måste därför finnas en möjlighet för länsrätten att i sådana situationer förlänga denna tidsfrist om detta bedöms nödvändigt. Ett sådant beslut bör inte kunna överklagas. Självfallet ska denna möjlighet tillämpas med restriktivitet eftersom det, som jag nyss nämnt, finns ett gällande tillfälligt beslut som innebär en begränsning av den berördes frihet.

12.7.3 Överklagande av ett tillfälligt beslut

Det kan diskuteras om det också är nödvändigt att ange en tidsfrist inom vilken länsrätten ska pröva ett överklagande av ett tillfälligt beslut av socialnämnden om att en åtgärd får vidtas eftersom ett sådant beslut – som gäller omedelbart – i normala fall kommer att grunda sig på en utredning som inte är fullständig. I denna situation kan domstolen emellertid – i likhet med vad som gäller vid slutliga beslut som också normalt torde komma att gälla omedelbart – besluta om inhibition, dvs. att det överklagade beslutet tills

vidare inte ska gälla. Detta följer av 28 § FPL. Med tills vidare avses tiden intill dess målet har avgjorts eller annorlunda har förordnats²⁸. Frågan om inhibition kan tas upp antingen på klagandens begäran eller på domstolens eget initiativ (*ex officio*). Ett yrkande om inhibition ska behandlas med största möjliga skyndsamhet²⁹. Eftersom en klagande vid ett överklagande av ett tillfälligt beslut kan begära inhibition och att ett sådant yrkande ska prövas så snart som möjligt anser jag inte att det i lagen behöver uppställas någon särskild tidsfrist inom vilken länsrätten ska ta upp ett överklagande av ett tillfälligt beslut till avgörande. Givetvis gäller dock den allmänna bestämmelsen om att mål enligt lagen ska handläggas skyndsamt också i denna situation.

12.7.4 Verkställighet av ett beslut om flyttning till ett särskilt boende

I mitt förslag uppställs mycket strikta kriterier för i vilka situationer det ska vara möjligt att flytta någon till ett särskilt boende. I det fall en ansökan från nämnden om detta bifalls torde det i praktiken i ett sådant ärende alltid förhålla sig på det sättet att en flyttning - för att erforderlig vård och omsorg ska kunna ges - måste ske om inte omgående så i vart fall inom en mycket snar framtid. Mot den bakgrunden måste det givetvis ankomma på nämnden att se till att en flyttning till det särskilda boendet kommer till stånd så snart som möjligt så att verkställigheten av beslutet inte hålls svävande under någon längre tid. För att undvika att ett sådant beslut inte verkställs inom rimlig tid, anser jag att det bör finnas en bestämmelse i vilken det anges att beslutet förfaller om den berörde inte har flyttats till det särskilda boendet inom en viss bestämd tid. Det kan för övrigt, om en flyttning skulle dra ut på tiden, ifrågasättas om en sådan verkligen är nödvändig.

Vilket boende den berörde ska flyttas till måste givetvis klarläggas redan under nämndens utredning. Något skäl för att dröja med att flytta den berörde av den anledningen torde därför, om inte något oförutsett skulle inträffa, inte föreligga. Däremot kan det finnas vissa praktiska saker som måste lösas innan den berörde kan flyttas. Det kan t.ex. vara fråga om att flytta vissa möbler från det ordinära boendet till det särskilda boendet innan den enskilde

²⁸ Bertil Wennergren, Förvaltningsprocesslagen, 5 uppl., 2006, s. 268. (Cit Wennergren).

²⁹ Wennergren, s. 269.

själv kan flytta dit. Enligt min uppfattning måste en tid om fyra veckor ge ett rimligt utrymme för att lösa eventuella praktiska frågor inför flyttningen och för att, vid behov, ordna med polis-hämtning. Denna tidsfrist bör beräknas från den dag då beslutet har vunnit laga kraft. Att i stället påbörja tidsberäkningen från den tidpunkt då verkställighet enligt domstolens förordnande får ske kan leda till svårigheter i den praktiska tillämpningen.

12.8 Muntlig förhandling i förvaltningsdomstol

Mina förslag:

- Förfarandet i allmän förvaltningsdomstol är som huvudregel skriftligt. I länsrätt och kammarrätt ska dock muntlig förhandling hållas om enskild begär det samt en förhandling inte är obehövlig (9 § FPL). En särskild bestämmelse införs om att muntlig förhandling som huvudregel ska hållas i länsrätt och kammarrätt när det gäller
 - mål om tillåtande eller upphörande av möjligheten att för en viss person låsa en ytterdörr eller en dörr till en avdelning på ett särskilt boende eller en dagverksamhet och
 - mål om att någon ska flyttas till ett särskilt boende eller mål om upphörande av ett sådant beslut.Bestämmelsen ska endast gälla mål där domstolen prövar saken slutligt.
- När det gäller kallelse till förhandling tillämpas 14 § FPL. Det föreslås att en särskild bestämmelse införs i lagen som ger domstolen möjlighet att, om den enskilde har kallats att inställa sig personligen vid vite, förordna om att den enskilde ska hämtas till förhandlingen omedelbart eller till en senare dag.
- Enligt 27 § lagen om allmänna förvaltningsdomstolar gäller att allmän förvaltningsdomstol håller muntlig förhandling på den ort där domstolen har sitt säte eller där avdelning av domstolen är förlagd och att domstolen får sammanträda på annan ort när det föreligger särskilda skäl. Det föreslås inte att någon särskild bestämmelse som avviker härifrån införs.

12.8.1 Inledning

Förfarandet i allmän förvaltningsdomstol är som huvudregel skriftligt. I länsrätt och kammarrätt ska dock muntlig förhandling hållas om en enskild part som för talan i målet begär det samt förhandlingen inte är obehövlig och inte heller särskilda skäl talar emot det. Rätten kan även på eget initiativ förordna om muntlig förhandling när det kan antas vara till fördel för utredningen eller främja ett snabbt avgörande av målet. Detta framgår av 9 § FPL. Anledningen till att enskild part inte har samma rätt till muntlig förhandling i Regeringsrätten som i underinstanserna är att Regeringsrätten som prejudikatinstans intar en annan ställning i det att bevisfrågor i princip inte ska prövas där. En enskilds möjlighet till muntlig förhandling i Regeringsrätten blir med hänsyn härtill att bedöma inom ramen för det allmänna rekvisitet ”till fördel för utredningen”³⁰. FPL innehåller grundläggande bestämmelser som kan kompletteras med särskilda bestämmelser i lag eller annan författning som beslutats av regeringen³¹. FPL är således subsidiär i förhållande till sådana specialbestämmelser.

12.8.2 Muntlig förhandling i länsrätt och kammarrätt

Specialbestämmelser gällande muntlig förhandling finns bl.a. inom det sociala området i LVU (35 §) och LVM (39 §). I 35 § första stycket anges att länsrätten och kammarrätten i mål om beredande eller upphörande av vård eller om flyttningsförbud ska hålla muntlig förhandling, om detta inte är uppenbart obehövligt. Bestämmelsen i LVM har upprättats med 35 § LVU som förebild. Den skillnad som föreligger mellan paragraferna är att bestämmelsen i LVM har begränsats till att avse mål om beredande av vård, dvs. den inledande prövningen av om vård enligt lagen ska komma till stånd. Om part begär det ska muntlig förhandling alltid hållas³². 35 § första stycket LVU omfattar inte mål om omedelbara omhändertaganden, vilket innebär att den allmänna bestämmelsen om muntlig förhandling i 9 § FPL blir tillämplig i sådana mål³³. Muntlig förhandling i sådana mål är därför inte obligatorisk även om en part begär att förhandling ska hållas. När det gäller mål om omedelbara

³⁰ Wennergren, s. 185.

³¹ Se 2 § FPL.

³² Carl Norström och Anders Thunved, Nya sociallagarna, 19 uppl. 2006, s. 389.

³³ Prop. 1989/90:28, s. 123 f.

omhändertaganden enligt LVM är förhållandet däremot det omvända, dvs. om en part begär muntlig förhandling i ett sådant mål är domstolen skyldig att hålla en sådan³⁴.

Av förarbetena³⁵ till ovan nämnda lagrum framgår att muntlig förhandling som huvudregel ska hållas i mål av nu angivet slag då sådana mål är av djupt ingripande art för den enskilde och att det därför av rättssäkerhetsskäl har ansetts vara viktigt att målen inte avgörs på handlingarna i den enskildes frånvaro.

I sammanhanget vill jag också nämna att det även i 36 § LPT och 8 kap. 6 § smittskyddslagen (2004:168) finns bestämmelser om muntlig förhandling som utformats med 35 § LVU och 39 § LVM som förebild. Bestämmelsen i LPT om muntlig förhandling gäller emellertid endast länsrätten.

Enligt min mening är vissa av de åtgärder som enligt vad jag föreslår ska få tillgripas av så ingripande art gentemot den mot vilken åtgärden ska vidtas, att också beträffande dessa åtgärder muntlig förhandling som huvudregel bör hållas. Detta bör gälla såväl för länsrättens som kammarrättens handläggning. De mål jag syftar på är dels mål om tillåtande och upphörande av möjligheten att för en viss person låsa en dörr, dels mål om att någon ska flyttas till ett särskilt boende och mål om upphörande av ett sådant beslut. Detta ska endast gälla mål där domstolen prövar saken slutligt, dvs. i mål som gäller frågan om åtgärden ska få vidtas tillfälligt gäller bestämmelsen inte. I dessa fall får man i stället falla tillbaka på 9 § FPL.

I likhet med vad som bl.a. gäller enligt LVU bör det inte uppställas något absolut krav på att muntlig förhandling ska hållas utan en sådan bör kunna underlåtas om den anses uppenbart obehövlig.

En muntlig förhandling kan t.ex. vara uppenbart obehövlig i ett mål om upphörande av ett beslut om att låsa en dörr om muntlig förhandling nyligen har hållits i ett annat mål rörande den berörde gällande samma sak eller en ansökan om tillåtande att låsa dörren, om inte några nya omständigheter av vikt har tillkommit. En annan tänkbar situation kan vara att den enskilde, dvs. i praktiken hans eller hennes gode man, inte vill att en muntlig förhandling hålls. För det fall domstolen finner att en muntlig förhandling är uppenbart obehövlig, får den avgöra målet genom skriftlig handläggning. Enligt min uppfattning ska, för det fall en part vill att muntlig förhandling ska hållas beträffande angivna åtgärder, domstolen också

³⁴ Prop. 1981/82:8, s. 98 f, se även JO 1995/96 s. 144.

³⁵ Prop. 1978/80:1, del A, s 505, 594, prop. 1981/82:8, s 98-99, prop. 1989/90:28, s. 123-124.

vara skyldig att hålla en sådan. Om domstolen överväger att avgöra målet genom ett skriftligt förfarande, bör det därför åligga den att innan målet avgörs upplysa parterna om deras rätt att begära muntlig förhandling. Detta motsvarar vad som gäller enligt LVU och LVM i de situationer där muntlig förhandling som huvudregel ska hållas.

Beträffande mål rörande tillåtande eller upphörande av andra än de ovan angivna åtgärderna eller mål om att dessa åtgärder ska få användas tillfälligt anser jag inte att det finns anledning att uppställa några särskilda bestämmelser om muntlig förhandling. Det innebär att 9 § FPL blir tillämplig beträffande dessa åtgärder, dvs. muntlig förhandling får hållas när den kan antas vara till fördel för utredningen eller främja ett snabbt avgörande av målet. Det föreligger således ingen presumtion för muntlig förhandling, men domstolen bör givetvis självmant överväga om det finns behov av en sådan. För det fall en enskild som för talan i målet yrkar på muntlig förhandling ska en sådan hållas om den ej är obehövlig och inte heller särskilda skäl talar mot det.

12.8.3 Kallelse till muntlig förhandling

Av 14 § FPL framgår att rätten får kalla den enskilde att inställa sig personligen vid vite eller vid påföljd att hans utevaro inte utgör hinder för målets vidare handläggning och avgörande.

Av förarbetena³⁶ till LVU, LVM och LPT framgår att den som saken rör bör kallas till personlig inställelse, men att målets beskaffenhet eller den enskildes tillstånd kan föranleda undantag från kravet på personlig inställelse. Det ankommer således på domstolen att i varje särskilt fall ta ställning till behovet av personlig inställelse utifrån vad som föreskrivs i 14 § FPL. När det gäller mål enligt LPT föreskrivs i 37 § att patienten ska vara närvarande vid förhandlingen, om det är möjligt med hänsyn till hans psykiska tillstånd.

Det finns enligt min mening vad gäller mål om tvångs- och begränsningsåtgärder enligt mitt förslag inte skäl att vad gäller kallelse till muntlig förhandling frångå det system som gäller för ovan angivna lagar. Med hänsyn till detta bör också som huvudregel i förevarande typer av mål gälla att den saken gäller bör kallas till personlig inställelse. Mot bakgrund av den personkrets som mitt

³⁶ Prop. 1979/80:1, del A, s 595, prop. 1981/82:8, s 99 och prop. 1990/91:58, s 279.

förslag är tänkt att omfatta kommer det av naturliga skäl i praktiken med största sannolikhet dock att förhålla sig på det sättet att det till följd av den enskildes fysiska eller psykiska tillstånd inte är möjligt för honom eller henne att närvara vid en förhandling. Detta ändrar emellertid inte min ståndpunkt att den enskilde som huvudregel ska kallas till personlig inställelse. Det får i de fall den enskilde inte kan närvara personligen i stället ankomma på den gode mannen, såsom ställföreträdare, att med stöd av ett offentlig biträde föra den enskildes talan. Frågan om möjligheten för den enskilde att få ett offentligt biträde behandlas i avsnitt (12.15).

Som framgår av 14 § FPL kan domstolen för att ge tyngd åt en kallelse att inställa sig personligen förena den med vite som påföljd för underlåtenhet att komma. I såväl LVU, LVM som LPT finns en bestämmelse som ger domstolen möjlighet att – i de fall den enskilde har kallats att inställa sig personligen vid vite men trots detta uteblir – förordna om att den enskilde ska hämtas till förhandlingen omedelbart eller till en senare dag. I förarbetena³⁷ till LVU och LVM angavs som skäl för att en sådan möjlighet måste finnas att omständigheterna ibland kan vara sådana att det framstår som nödvändigt att höra den enskilde själv (avser LVM) eller föräldrarna eller den unge (avser LVU) innan målet avgörs. I specialmotiveringen till 37 § LPT³⁸ konstaterades att det fanns en sådan bestämmelse i LVU och LVM.

Med hänsyn till att en sådan bestämmelse finns i ovan angivna lagar anser jag att en sådan bestämmelse också bör införas vad gäller mitt förslag. Jag tror dock – med hänsyn till att de personer som ska omfattas av lagen på grund av sitt hälsotillstånd normalt inte kommer att kunna närvara vid en förhandling – inte att en sådan bestämmelse kommer att behöva tillämpas annat än möjligen i något ytterst enstaka fall. Likväl kan det inte uteslutas att det någon gång kan förhålla sig på det sättet att en hämtning kan vara nödvändig. Därför anser jag att det, i likhet med vad som bl.a. gäller för mål enligt LVU, bör finnas en möjlighet för domstolen att förordna om detta.

³⁷ Prop. 1981/82:8, s 99 respektive prop. 1979/80:1, del A, s 595.

³⁸ Prop. 1990/91:58, s 279.

12.8.4 Plats för muntlig förhandling

Enligt 27 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar, LAFD, gäller att allmän förvaltningsdomstol sammanträder på den ort där den har sitt säte eller där avdelning av domstolen är förlagd och att domstolen får sammanträda på annan ort när det föreligger särskilda skäl. I 37 § LPT har gjorts avsteg från 27 § LAFD. Enligt 37 § LPT ska muntlig förhandling som huvudregel, om inte särskilda skäl talar för något annat, hållas på den sjukvårdsinrättning där patienten befinner sig. Anledningen till att bestämmelsen infördes var att det ansågs att en inställelse inför domstol skulle kunna medföra skadliga psykiska verkningar på patienten³⁹.

Jag inser självklart att en muntlig förhandling inför domstol även vad gäller de personer som ingår i den personkrets som mitt betänkande är tänkt att omfatta innebär en påfrestning såväl psykiskt men säkerligen många gånger även fysiskt och att det därför också beträffande dessa mål finns skäl att överväga om det bör införas en särskild bestämmelse om att en muntlig förhandling bör hållas på annan plats än i domstolens lokaler. Den plats som i så fall skulle kunna komma ifråga är givetvis ett särskilt boende.

Som jag tidigare framhållit torde den enskilde på grund av sitt sitt hälsotillstånd oftast inte klara av att närvara vid en förhandling varför det är den gode mannen som tillsammans med det offentliga biträdet får föra den enskildes talan. Ett begränsat antal av de som berörs av mitt förslag kommer också att bo i sin egen bostad och en förhandling i dessa fall skulle likväl behöva hållas i domstolens lokaler. Jag anser inte att man i nu aktuell situation bör behandla personer olika beroende på var de har sitt boende. Med hänsyn till detta anser jag vid en sammantagen bedömning inte att det finns tillräckliga skäl att frånga bestämmelsen i 27 § LAFD. Jag utesluter emellertid inte att det vid den översyn av lagstiftningen som jag föreslår ska äga rum, kan finnas anledning att återkomma i denna fråga. I sammanhanget måste också framhållas att en ordning där en muntlig förhandling ska hållas utanför domstolens lokaler av naturliga skäl kommer att medföra vissa kostnader.

³⁹ Prop. 1990/91:58, s 182 f och 278 f.

12.9 Domstols sammansättning

Mina förslag:

- Länsrätten ska vid avgörande av mål om tvångs- och begränsningsåtgärder som huvudregel, i enlighet med 17 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar (LAFD), vara domför med en lagfaren domare och tre nämndemän.
- När det gäller avgörande av mål i sak om tillfälliga beslut ska länsrätten vara domför med en lagfaren domare ensam. Förslaget innebär att ett tillägg om detta måste göras i 18 § fjärde stycket 3 LAFD. En förutsättning för att länsrätten ska vara domför med en lagfaren domare ensam är emellertid att det inte är påkallat av någon särskild anledning att målet prövas av fullsuttent rätt.
- Nämndemän ska delta vid handläggningen i kammarrätten av andra mål enligt lagen än mål om tillfälliga beslut.

12.9.1 Sammansättningen i länsrätt

Av lagen om allmänna förvaltningsdomstolar följer att nämndemän som huvudregel ska delta i avgörandet. Länsrätten är normalt domför med en lagfaren domare och tre nämndemän. Om det finns särskilda skäl med hänsyn till målets omfattning eller svårighetsgrad får rätten utökas med ytterligare en lagfaren domare och en nämndeman (17 §). Länsrätten kan emellertid vara domför också med en lagfaren domare ensam. I vilka situationer där detta är möjligt framgår av 18 §.

I 18 § första stycket föreskrivs bl.a. att länsrätten är domför med en lagfaren domare ensam när åtgärd som avser endast målsberedande vidtages och vid annat beslut som inte innefattar slutligt avgörande av målet. Andra stycket behandlar slutliga avgöranden som inte innefattar prövning av ett mål i sak, dvs. beslut om avvisning och avskrivning. En förutsättning för att målet ska få prövas av en lagfaren domare ensam är emellertid att det inte är påkallat av särskild anledning att målet prövas av fullsuttent rätt. I bestämmelsens fjärde stycke räknas upp ett antal mål där länsrätt, under samma förutsättning som anges i andra stycket, är domför med en lagfaren domare ensam vid avgörande av ett mål i sak. Bland de mål som därvid nämns anges bl.a. mål av enkel beskaffenhet (första

punkten) och mål om bl.a. omedelbart omhändertagande enligt LVU och LVM (tredje punkten).

De tvångs- och begränsningsåtgärder som jag föreslår ska få användas är av mycket ingripande karaktär mot den som berörs av dem då de antingen innebär en inskränkning i den enskildes frihet eller integritet. Mot den bakgrunden anser jag att nämndemän som huvudregel, i enlighet med vad som anges i 17 § LAFD, ska delta vid avgörandet av sådana mål.

Enligt vad jag föreslår ska socialnämnden beträffande samtliga åtgärder, utom när det gäller beslut om att någon ska flyttas till ett särskilt boende, kunna meddela ett tillfälligt beslut om att åtgärden får vidtas i avvaktan på att saken avgörs slutligt. Det ligger i sakens natur att om ett sådant beslut överklagas till länsrätten, domstolen, även om den kan besluta om inhibition, ska avgöra ett sådant mål snarast möjligt. Med hänsyn till detta och då det är fråga om ett beslut av tillfällig karaktär som grundar sig på en sannolikhetsbedömning anser jag att länsrätten bör kunna avgöra ett sådant mål med en lagfaren domare ensam. Det här föreslagna innebär att ändringar i 18 § LAFD behöver göras. Givetvis ska också, i likhet med vad som gäller för de mål som anges i 18 § fjärde stycket LAFD, gälla att ett sådant mål ska prövas av fullsutten rätt om detta anses påkallat av någon särskild anledning

12.9.2 Sammansättningen i kammarrätt

Som angivits i föregående avsnitt är länsrätten enligt huvudregeln i LAFD domför med en lagfaren domare och tre nämndemän. I kammarrätten, som är domför med tre lagfarna domare, ska enligt 12 § samma lag nämndemän endast ingå om det är särskilt föreskrivet. I såväl LVU som LVM, smittskyddslagen och LPT finns särskilda bestämmelser om att nämndemän normalt ska ingå i handläggningen av mål i kammarrätten. Undantag härifrån görs vad gäller LVU och LVM endast i fråga om mål om omedelbart omhändertagande samt tillfälligt flyttningsförbud (gäller endast LVU).

Med hänsyn till att de åtgärder som mitt förslag omfattar också avser åtgärder av tvångskaraktär anser jag att det är naturligt att det även vid kammarrättens handläggning av dessa mål som huvudregel ska ingå nämndemän. När det gäller tillfälliga beslut, som grundar sig på en sannolikhetsbedömning av om åtgärden ska få vidtas lig-

ger det, som jag anført i föregående avsnitt, i sakens natur att sådana beslut bör prövas så snart som möjligt. Mot den bakgrunden anser jag att något krav på att nämndemän ska delta i handläggningen av sådana mål inte bör uppställas för kammarrättens prövning. En sådan ordning medför också, vilket enligt min mening är bra, att likformighet uppnås vad gäller kammarrättens sammansättning vid handläggningen av mål om omedelbara omhändertaganden enligt LVU och LVM.

12.10 Delgivning

Mina förslag och bedömningar:

- Det ska i lagen inte införas några särskilda bestämmelser om hur det beslutsfattande organet ska delge part innehållet i beslut eller andra handlingar. Ledning för när delgivning bör och får ske får i stället hämtas från bestämmelserna i förvaltningslagen eller förvaltningsprocesslagen.
- För det fall delgivning sker får en sådan inte ske genom s.k. substitutsdelgivning eller kungörelsedelgivning enligt 12 och 15 §§ delgivningslagen (1970:428).

Varken SoL, LSS, LVU eller LVM innehåller några bestämmelser om skyldigheter för det beslutsfattande organet att delge part innehållet i beslut eller andra handlingar. Ledning för när delgivning får eller bör ske hämtas därför i stället från bestämmelserna i förvaltningslagen eller förvaltningsprocesslagen. Bestämmelser av betydelse för frågan om delgivning finns i 17 § andra stycket, 21 § och 23 § andra stycket FL samt i 47 § FPL. Att underrättelseskyldighet enligt 17 och 21 §§ FL kan fullgöras på annat sätt än genom delgivning i vissa fall framgår av dessa bestämmelser. Om delgivning sker, så ska den verkställas enligt delgivningslagen.

Ska delgivning ske med enskild person ska handlingen överbringas till honom. Finns ställföreträdare för honom och är denne behörig att företräda honom i målet eller ärendet överbringas handlingen till ställföreträdaren. När anledning föreligger till det ska både ställföreträdaren och den företrädde sökas för delgivning (7 § delgivningslagen).

Delgivningslagen anvisar möjligheten att i vissa fall verkställa delgivning genom att en handling lämnas till någon annan än den sökte (substitutsdelgivning). Enligt 12 § får, om den sökte har känt

hemvist inom riket men inte träffas där, handlingen i stället överlämnas till bl.a. en vuxen medlem av det hushåll han tillhör eller till hyresvärd. Enligt 15 § får delgivning ske genom kungörelse, om den sökta saknar känt hemvist och det inte kan klarläggas var han uppehåller sig.

I såväl socialtjänstlagen, LVU som LVM har införts en bestämmelse i vilken föreskrivs att delgivning enligt 12 och 15 §§ delgivningslagen inte får ske i mål och ärenden enligt lagarna. Motivet till bestämmelsen är att sådana ärenden kan innehålla inslag av så personlig karaktär och är av sådan art att det har ansetts väsentligt för den enskilde att utomstående inte onödigtvis får kännedom om dem⁴⁰.

Jag anser inte att det finns skäl att när det gäller mål och ärenden enligt den av mig föreslagna lagstiftningen frångå det system som gäller enligt de ovan angivna lagstiftningarna. Mot den bakgrunden bör det därför inte införas några särskilda bestämmelser för hur det beslutsfattande organet ska tillställa part beslut eller andra handlingar utan ledning för när delgivning bör och får ske får i stället hämtas från FL och FPL. Även mål och ärenden om tvångs- och begränsningsåtgärder anser jag vara av sådan art att delgivning enligt 12 och 15 §§ delgivningslagen inte bör få ske. En särskild bestämmelse om detta måste därför införas. Bestämmelsen kan utformas med bestämmelserna i de angivna lagstiftningarna som förebild. I sammanhanget kan nämnas att samma system gäller för LPT och smittskyddslagen.

⁴⁰ Carl Norström och Anders Thunved, Nya sociallagarna, 19 uppl. 2006, s. 198 och 319.

12.11 Medicinsk undersökning

Mina förslag:

- När en utredning enligt lagen inleds ska socialnämnden, om det inte är uppenbart obehövt, besluta om en medicinsk undersökning av den enskilde. Socialnämnden ska samtidigt utse den som ska genomföra denna undersökning.
- Den som genomför den medicinska undersökningen ska i ett skriftligt yttrande ange om den enskilde lider av en demenssjukdom och till följd av denna sjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den tvångs- eller begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg.
- I mål enligt lagen ska domstolen ha samma befogenhet som socialnämnden.
- Varken socialnämndens eller domstolens beslut om en medicinsk undersökning ska kunna överklagas.
- Någon begränsning vad gäller möjligheten att delegera rätten att fatta beslut om medicinsk undersökning införs inte.

12.11.1 Förordnande av socialnämnden om medicinsk undersökning

I avsnitt 12.2 redogör jag för vad som bör ingå i en utredning som ska ligga till grund för ett beslut gällande tvångs- eller begränsningsåtgärder enligt lagen. För att det ska kunna konstateras att den berörde tillhör lagens personkrets måste det enligt vad jag föreslår i utredningen ingå ett skriftligt yttrande som visar att personen lider av en demenssjukdom och att det är demenssjukdomen i sig som medför att personen saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den tvångs- eller begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg.

Mot den bakgrunden måste det ankomma på socialnämnden att, när en utredning inleds, besluta om en medicinsk undersökning av den berörde samt utse den som ska genomföra denna. Frågan vilka formella krav som ska uppställas på en person som ska genomföra utredningen behandlar jag i avsnitt 11.4.

Det kommer med stor sannolikhet att förekomma ärenden där det finns en väl dokumenterad bakgrund om den enskildes hälso-

tillstånd och medicinska status och att det av denna går att göra en bedömning av om den berörde ingår i lagens tänkta personkrets. I ett sådant fall bör en medicinsk undersökning kunna underlåtas. Detta bör dock endast vara möjligt om det framstår som uppenbart obehövt med en sådan undersökning. Därmed avses t.ex. det fallet att den enskilde tidigare varit föremål för en åtgärd enligt lagen och att den utredning som på grund av detta kan finnas tillgänglig kan ge tillräckligt underlag för en bedömning även i det förevarande ärendet. I praktiken innebär detta att en senare undersökning inte kommer att behöva omfatta frågan om den enskilde lider av en demenssjukdom. Däremot är det mer tveksamt om en tidigare undersökning kan ligga till grund för en bedömning av den enskildes beslutsförmåga eftersom denna till följd av demenssjukdomen kan variera över tiden och också måste bedömas utifrån vilken åtgärd saken gäller. Denna bedömning måste således avgöras utifrån den faktiska situationen i varje enskilt fall när frågan om användande av en tvångs- eller begränsningsåtgärd aktualiseras. Med hänsyn till det anförda kommer det med stor sannolikhet endast i undantagsfall vara möjligt för nämnden att underlåta att förordna om en medicinsk undersökning.

Syftet med den medicinska undersökningen är som jag nyss angivit, att avgöra om den berörde ingår i lagens personkrets, dvs. lider av en demenssjukdom som gör att han eller hon saknar förmåga till ett grundat ställningstagande till en viss tvångs- eller begränsningsåtgärd enligt lagen. Den som ansvarar för den medicinska undersökningen ska därför i ett intyg ange om så är fallet. Det bör däremot inte vara en uppgift för honom eller henne att göra en bedömning av om det finns förutsättningar för att vidta den eller de aktuella åtgärderna. Anledningen till detta är att denna person normalt inte torde ha tillgång till samtliga uppgifter i nämndens utredning och därför inte kan göra en helhetsbedömning av ärendet (jfr Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m., SOSFS 2005:29).

Det kan diskuteras om det i lagen särskilt bör regleras var undersökningen ska äga rum. De alternativ som torde kunna bli aktuella är antingen i den enskildes hemmiljö eller på en sjukvårdsinrättning av något slag. Med den enskildes hemmiljö avser jag såväl hans eller hennes ordinära boende som ett särskilt boende som han eller hon bor på. Det har dock under utredningens arbete från medicinsk expertis på området framförts att en sådan reglering är mindre lämplig. Anledningen till detta är att förhållandena i varje enskilt

fall skiftar på ett sådant sätt att det inte på ett generellt plan bör fastställas var undersökningen ska genomföras. Med hänsyn till detta anser jag att denna fråga inte bör regleras i lagen, utan det får ankomma på den som ska genomföra utredningen att i det enskilda fallet ta ställning till vad som är mest ändamålsenligt. Det är lämpligt att denna fråga närmare behandlas av Socialstyrelsen i allmänna råd.

Som framgår ovan kommer det i stort sett att bli obligatoriskt för socialnämnden att i ett ärende enligt lagen besluta om en medicinsk undersökning. Av hänsyn bl.a. till detta bör ett sådant beslut inte kunna överklagas.

Eftersom en medicinsk undersökning av här aktuellt slag av naturliga skäl brådskar och då den, som angivits i föregående stycke, normalt blir en obligatorisk del av utredningen bör några begränsningar vad gäller socialnämndens möjlighet att delegera rätten att fatta beslut om en sådan utredning inte införas.

Om den enskilde inte vill medverka vid undersökningen föreslår jag att socialnämnden ska kunna begära hjälp av polisen. Denna fråga behandlar jag under avsnitt 12.13.2.

Som framgår av vad jag anfört ska som regel socialnämnden besluta om en medicinsk undersökning. Nämnden har också möjlighet att få hjälp av polisen med att föra den enskilde till läkarundersökningen eller att bereda den som ska genomföra undersökningen tillträde till den enskildes bostad. Om den enskilde när undersökningen väl ska genomföras motsätter sig den eller ger uttryck för att motsätta sig den ger det ovan föreslagna inte någon möjlighet att genomföra den med tvång.

Det kan diskuteras om det ska finnas en möjlighet att genomföra den medicinska undersökningen med tvång. En sådan möjlighet finns enligt LPT när det gäller en undersökning inför en vårdintygsbedömning (4 §). Även i smittskyddslagen finns det en möjlighet att besluta att en läkarundersökning får genomföras med tvång. Det rör sig om den situationen att någon som det med fog kan misstänkas bära på en allmänfarlig sjukdom motsätter sig en undersökning som behövs för att kunna konstatera om smittsamhet föreligger. En förutsättning för en sådan tvångsundersökning är också att det ska finnas en påtaglig risk för att andra människor kan smittas (3 kap. 2 §).

Att beakta när det gäller möjligheten att enligt ovan angivna lagstiftningar genomföra en läkarundersökning med tvång är att det gäller personer som inte sällan kan vara farliga för andra människor.

Så är normalt inte fallet beträffande de personer som mitt förslag omfattar. De tvångs- och begränsningsåtgärder som jag föreslår ska vara tillåtna är så gott som uteslutande avsedda för att skydda den enskilde själv eller möjliggöra genomförandet av nödvändig vård och omsorg. De medicinskt sakkunniga experter som ingår i utredningen har förklarat att det som regel inte heller är några problem med att få en person som ingår i den personkrets som mitt förslag omfattar att genomgå en sådan undersökning som här är aktuell. Det har vidare förklarats för mig att om det någon gång uppstår problem, man löser situationen på det sättet att man avvaktar med undersökningen till ett senare tillfälle. Eftersom det ligger i sjukdomsbilden att den enskildes inställning till en åtgärd, t.ex. en undersökning, kan variera över tiden uppstår det i praktiken inte några problem med att få den enskilde att gå med på att en undersökning görs. En annan sak är att en undersökning eller en del i en undersökning kan bestå i att den enskilde ska genomföra olika test. Om vederbörande i en sådan situation inte vill göra detta test, saknar det i praktiken betydelse om det finns en möjlighet att besluta om en tvångsundersökning. Sammantaget anser jag inte att det har framkommit sådana skäl att det nu finns anledning att införa en möjlighet till tvångsundersökning i förevarande hänseende. Om det i ett enskilt fall skulle uppstå problem får man, vilket som framgår ovan också i praktiken alltid fungerar, skjuta på undersökningen till ett senare tillfälle. Om det vid den uppföljning av lagen som jag föreslår ska ske skulle visa sig att det finns ett behov av att kunna genomföra en undersökning med tvång, får man då ta upp saken till övervägande på nytt.

12.11.2 Förordnande av domstol om medicinsk undersökning

Det kan tänkas att domstolen i ett mål enligt denna lag anser att den föreliggande medicinska utredningen inte är tillräcklig för att kunna bedöma om den enskilde kan anses tillhöra lagens personkrets. Det är t.ex. inte otänkbart att tveksamhet härvidlag kan uppstå på den grunden att det kommer fram någon ny omständighet som gör att det kan ifrågasättas om den enskildes beslutsoförmåga beror på en demenssjukdom eller på någon annan orsak. Det bör därför vara möjligt även för domstolen att besluta om genomförande av en kompletterande undersökning. Domstolen måste i en sådan situation också utse vem som ska genomföra denna under-

sökning. Enligt vad jag föreslår ska ett beslut av socialnämnden om en medicinsk utredning inte kunna överklagas. Inte heller föreligger det tillräckliga skäl för att ett sådant beslut av domstolen ska kunna överklagas.

I likhet med vad som gäller för socialnämnden föreslår jag att rätten ska kunna begära hjälp från polisen om den enskilde av någon anledning inte vill medverka vid undersökningen (se avsnitt 12.13.6).

12.12 Besluts verkställighet

Mina förslag:

- Ett tillfälligt beslut av socialnämnden eller domstolen ska gälla omedelbart.
- Övriga beslut av socialnämnden och domstolen ska gälla omedelbart, om inte något annat förordnas.

12.12.1 Inledning

Det finns inte någon generell bestämmelse i förvaltningslagen eller förvaltningsprocesslagen som talar om när ett beslut blir gällande eller med andra ord verkställbart. Frågan om när ett beslut blir gällande regleras emellertid ofta i respektive specialförfattning. Om så ej är fallet får frågan avgöras med ledning av de allmänna grundsatser om detta som har vuxit fram i praxis⁴¹. Det är emellertid inte helt klart vad som gäller när det saknas uttryckliga författningsbestämmelser i ämnet. I den rättsvetenskapliga litteraturen har det funnits delade meningar om vad som är eller bör vara huvudregel: att beslut gäller omedelbart eller först sedan de vunnit laga kraft⁴². Det brukar, förenklat uttryckt, när särskilda bestämmelser om verkställighet saknas anses att gynnande beslut länder till omedelbar efterrättelse, medan beslut som innebär att någon ska göra något eller tåla något eller som angår ansvar inte länder till efterrättelse förrän beslutet har vunnit laga kraft⁴³.

I socialtjänstens verksamhetsområde finns bestämmelser om när beslut blir verkställbara inom såväl SoL, LSS som LVU och LVM.

⁴¹ Tryggve Hellners och Bo Malmqvist, Förvaltningslagen, 2003, s. 340 (Cit. Hellners).

⁴² Hellners s. 340 och där angivna hänvisningar.

⁴³ Lars Clevesköld, Lars Lundgren, Anders Thunved, Handläggning inom socialtjänsten, 10 uppl., 2006, s. 228.

Som framgår i avsnitt 12.12.3 anser jag att beslut om att en åtgärd ska få tillgripas normalt ska gälla omedelbart. Vidare föreslår jag också att det, med ett undantag som gäller för socialnämnden, ska vara möjligt att meddela ett tillfälligt beslut om att en åtgärd får tillgripas. Sådana beslut gäller av naturliga skäl omedelbart.

12.12.2 Tillfälliga beslut

När det gäller tillfälliga beslut följer det av beslutets karaktär att det gäller omedelbart. I LVU och LVM har för undanröjande av tveksamhet ansetts böra uttalas i lagtexten att beslut om omedelbart omhändertagande, förebyggande insatser och tillfälligt flyttningsförbud (de två sistnämnda avser endast LVU) gäller omedelbart⁴⁴. Detta gäller såväl beslut av socialnämnden som domstolen. Enligt min uppfattning är det, även om det innebär ett avsteg från LVU och LVM i detta hänseende, inte nödvändigt att i lagtexten uttryckligen ange att ett tillfälligt beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd gäller omedelbart, då det framstår som uppenbart att så måste vara fallet.

12.12.3 Övriga beslut

De tvångs- och begränsningsåtgärder som ska vara tillåtna att använda avser åtgärder som är nödvändiga för att den enskilde ska kunna ges nödvändig vård och omsorg eller som vidtas i syfte att förhindra att den enskilde allvarligt skadar sig själv eller någon annan och som inte har kunnat ges med dennes samtycke. Av detta och mot bakgrund av de kriterier som måste vara uppfyllda för att en åtgärd ska få tillgripas följer att i de situationer ett beslut meddelas situationen alltid torde vara brådskande, i annat fall ska något beslut inte meddelas. Detsamma gäller även övriga beslut, som nämnden kan behöva meddela i ett ärende enligt lagen. Jag tänker därvid bl.a. på beslut om genomförande av en medicinsk utredning.

Mot den bakgrunden ligger det nära till hands att även andra än tillfälliga beslut av nämnden alltid ska gälla omedelbart. Vid en jämförelse av om när beslut gällande tvångsvård och beslut om åtgärder inom ramen för sådan tvångsvård på socialtjänstens och

⁴⁴ Carl Norström och Anders Thunved, Nya sociallagarna, 19 uppl. 2006, s. 322 och 391.

hälso- och sjukvårdens område blir gällande framkommer emellertid bl.a. följande.

I 40 § andra stycket LVU anges att andra beslut av socialnämnden än beslut om omedelbara omhändertaganden gäller omedelbart, om nämnden inte förordnar något annat. Bestämmelsen avser framför allt beslut i vårdsituationer, t.ex. beslut om hur vården ska ordnas, beslut om vårdens upphörande eller beslut om umgänge. När det gäller beslut av Statens institutionsstyrelse enligt LVU finns inte någon särskild bestämmelse om när sådana beslut blir gällande. Däremot föreskrivs i 36 b § LVM att beslut av styrelsen, dock inte beslut om överflyttning, gäller omedelbart, om inte något annat förordnas. I sammanhanget kan nämnas att också beslut - såväl av läkare som rätten - enligt LPT (45 §) och smittskyddslagen (8 kap. 11 §) gäller omedelbart, om inte något annat förordnas, detta då många av besluten enligt lagstiftningarna till sin natur är sådana att de måste kunna verkställas genast⁴⁵. Med hänsyn till det nu beskrivna anser jag att det är lämpligt att också andra beslut av socialnämnden enligt den av mig föreslagna lagstiftningen än tillfälliga beslut ska gälla omedelbart, om inte något annat förordnas. Detta torde för övrigt i praktiken inte innebära någon skillnad jämfört med om dessa beslut alltid skulle gälla omedelbart, då det sällan torde ligga i nämndens intresse att förordna att ett beslut inte gäller omedelbart. Ett sådant förordnande hindrar ju att beslutet kan verkställas på en gång.

Även i de fall då domstolen genom ett slutligt beslut har funnit att en åtgärd får tillgripas ligger det - med hänsyn till åtgärdernas karaktär och syfte - nära till hands att ett sådant beslut bör gälla omedelbart, om inte något annat förordnas. Detsamma får anses gälla för övriga beslut av domstolen, som inte är tillfälliga. I LVU och LVM gäller dock den ordningen att rättens beslut i andra frågor än de beslut som angivits under avsnitt 12.12.2, dvs. beslut om omedelbart omhändertagande, förebyggande insatser, och tillfälligt flyttningsförbud gäller först sedan det har vunnit laga kraft. Domstolen får dock förordna att även sådana beslut ska gälla omedelbart. Däremot gäller, som jag angivit i föregående stycke, domstolens beslut enligt LPT och smittskyddslagen omedelbart om inte något annat förordnas.

Även om det medför att samma ordning inte kommer att gälla mellan den av mig föreslagna lagstiftningen och övrig tvångslag-

⁴⁵ Prop. 1990:91:58, s. 285, prop. 2003/04:30, s. 243.

stiftning inom det sociala området, anser jag att karaktären på de tvångs- och begränsningsåtgärder som ska kunna tillgripas är sådana att övervägande skäl talar för att andra beslut av rätten än tillfälliga beslut ska gälla omedelbart, om inte något annat förordnas.

12.13 Polishandräckning

Mina förslag:

- Socialnämnden ska kunna begära biträde av polis (polishandräckning) för att
 - bereda den som ska genomföra en medicinsk undersökning tillträde till den enskildes hem eller för att föra den enskilde till den medicinska undersökningen om den ska genomföras på annan plats,
 - återföra någon som har lämnat ett särskilt boende eller en dagverksamhet om det föreligger ett beslut om att ytterdörren eller dörren till avdelningen på boendet eller dagverksamheten får hållas låst för honom eller henne och
 - genomföra ett beslut om att någon ska flyttas till ett särskilt boende.
- Socialnämnden ska inte kunna delegera rätten att besluta om polishandräckning till annan än en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden. För att ett beslut om polishandräckning ska kunna meddelas med tillbörlig skyndsamhet ska dock nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat också kunna meddela ett sådant beslut.
- Även domstolen ska, när denna har beslutat om medicinsk undersökning, kunna begära polishandräckning för att bereda den som ska genomföra den undersökningen tillträde till den enskildes hem eller för att föra den enskilde till undersökningen om denna ska genomföras på annan plats.

12.13.1 Inledning

Det kan, på grund av att den enskilde eller någon annan, t.ex. en anhörig, agerar på ett visst sätt uppstå situationer där socialnämnden – för att kunna uppfylla sina skyldigheter i lagen eller för att se till så att en viss beslutad tvångs- eller begränsningsåtgärd kan upprätthållas – är i behov av hjälp utifrån. Mot den bakgrunden anser jag att socialnämnden för vissa särskilda situationer ska kunna påkalla hjälp från polisen. Under avsnitten 12.13.2–12.13.4 tar jag upp i vilka situationer då enligt min uppfattning en sådan möjlighet bör finnas och under avsnitt 12.13.5 behandlar jag frågan om nämndens möjlighet till delegation m.m. av beslutanderätten. Det kan även inträffa att domstol kan vara i behov av att kunna begära biträde av polisen. När så ska vara möjligt behandlas under avsnitt 12.13.6.

12.13.2 Begäran av socialnämnden om biträde i samband med genomförande av en medicinsk undersökning

En förutsättning för att en tvångs- eller begränsningsåtgärd enligt lagen ska få tillgripas är att den enskilde lider av en demenssjukdom och att det är den sjukdomen som medför att den enskilde inte anses ha förmåga att kunna lämna ett grundat ställningstagande till den åtgärd som nämnden överväger att tillgripa. Att det förhåller sig på det sättet ska enligt vad jag föreslår styrkas av en medicinsk utredning. Den medicinska utredningen är därför av grundläggande betydelse för att kunna avgöra om lagen överhuvudtaget är tillämplig beträffande en person i en viss situation. Om den berörde genom sitt agerande visar att han eller hon motsätter sig en medicinsk undersökning bör därför nämnden ha möjlighet att få den genomförd ändå. Var en undersökning ska äga rum ankommer det på den som ska genomföra den att ta ställning till (se 12.11.1). De alternativ som förefaller ligga närmast till hands är som jag angett i det nyss angivna avsnittet antingen den enskildes hem eller en sjukvårdsinrättning av något slag. Nämnden bör därför i de fall den enskilde inte frivilligt medverkar till undersökningens genomförande ges möjlighet att påkalla hjälp från polisen för att bereda den som ska genomföra undersökningen tillträde till den enskildes hem och/eller – för det fall denna ska äga rum utanför hemmet – även få hjälp med att föra honom eller henne till den plats där den ska genomföras.

Det ligger i sakens natur att polishandräckning i nu aktuella situationer endast kan komma i fråga när det är absolut nödvändigt och då man tidigare, utan att ha lyckats, har försökt att på olika sätt få den enskilde att utan motstånd gå med på att genomgå undersökningen. Bland de experter som ingår i min utredning har framförts att hälsotillståndet för de personer som kan tänkas bli föremål för någon åtgärd enligt lagen är sådant att det i allmänhet inte kommer att uppstå problem med att få till stånd den medicinska utredningen. Oftast torde nog också, om problem skulle uppstå, situationen gå att lösa om man tar hjälp av någon som den enskilde har förtroende för och känner sig trygg med – en närstående, någon inom den personal som arbetar med den berörde eller möjligen den gode mannen, som får försöka att på ett sätt som den enskilde förstår förklara vad utredningen går ut på och vad som kommer att ske. Jag tror därför inte att det i praktiken kommer att bli vanligt förekommande att biträde av polis ska behövas. Likväl måste befogenheten finnas då, som jag angivit ovan, den medicinska utredningen i dessa fall är av avgörande betydelse för att kunna ta ställning till om lagen överhuvudtaget är tillämplig.

För det fall det kan befaras att det kan komma att uppstå problem är det självfallet också viktigt att någon som den enskilde känner tillit till kan finnas till hands i samband med att utredningen ska genomföras. Detta är av naturliga skäl särskilt viktigt om den situationen uppstår att det blir aktuellt med polishandräckning, detta för att försöka få handräckningen genomförd på ett för den enskilde så smidigt och skonsamt sätt som är möjligt. Vid en handräckning bör också normalt någon företrädare för socialtjänsten medverka för att bistå med sin sakkunskap.

12.13.3 Begäran av socialnämnden om biträde för att återföra en person som har lämnat ett särskilt boende

Enligt vad jag föreslår ska det under vissa förutsättningar vara möjligt att besluta att låsa ytterdörren eller dörren till en avdelning på ett särskilt boende eller en dagverksamhet för en viss person. Det går självfallet inte att garantera att en person för vilken ett sådant beslut har meddelats, trots detta inte lämnar det särskilda boendet eller dagverksamheten.

Det ligger i sakens natur att det i en situation där en sådan person avviker från boendet eller dagverksamheten, det är av stor

vikt att vederbörande kan återfinnas så snart som möjligt. Med hänsyn till detta finns det skäl för den som ansvarar för vården och omsorgen av den person som har försvunnit att tämligen omgående överväga att begära hjälp med att finna vederbörande. Av 4 kap. 4 § lagen (2003:778) om skydd mot olyckor och 4 kap. 11 § förordningen (2003:789) om skydd mot olyckor framgår det att det är polisen som ansvarar för att efterforska personer som har försvunnit under sådana omständigheter att det kan befaras att det föreligger fara för deras liv eller allvarlig risk för deras hälsa. Det är således till polisen som ansvarig personal eller socialnämnden ska vända sig om behov av hjälp med att finna någon som har försvunnit uppstår.

Det kan tänkas att den som har försvunnit har gjort så tidigare och att man är väl medveten om var han eller hon i dessa fall brukar bege sig och att det därför normalt inte utgör någon svårighet att återfinna vederbörande. Det kan beträffande denna person också vara väl känt att den berörde personen brukar vägra att följa med tillbaka när han eller hon påträffas och att det därför vanligen förhåller sig på det sättet att man måste tillgripa fysiskt tvång för att återföra honom eller henne till det särskilda boendet eller dagverksamheten. En annan möjlig situation skulle kunna vara att det i vården och omsorgen av den enskilde är relativt vanligt förekommande att det uppstår konflikter med den enskilde och att det därför kan befaras att det finns en stor risk för att fysiskt tvång kommer att behöva användas vid ett återförande.

I de nu beskrivna fallen eller någon liknande situation finns det därför kanske inte anledning att begära hjälp av polisen för att efterforska personen i fråga. Däremot kan det någon gång behövas hjälp med att återföra vederbörande till boendet eller dagverksamheten. Även i en sådan situation måste det enligt min mening finnas en möjlighet att få biträde av polisen för att återföra den enskilde till det särskilda boendet eller dagverksamheten. Jag anser därför att det i lagen ska införas en möjlighet för socialnämnden att i sådana situationer begära polishandräckning.

Det rör sig här självfallet om situationer som med största sannolikhet kommer att vara mycket ovanliga. Det normala torde vara att personalen genom att prata med den enskilde utan problem kan få denne att frivilligt följa med tillbaka. Jag vill mot den bakgrunden därför betona att det ankommer på socialnämnden att i varje enskilt fall noggrant överväga behovet av om och när polishandräckning bör begäras, detta bl.a. med hänsyn till att en sådan åtgärd

av den enskilde kan upplevas som mycket obehaglig och kränkande. En begäran får således inte göras rent rutinmässigt.

När en person har återfunnits ankommer det i första hand på nämnden, som ansvarig för vården och omsorgen av den enskilde, att se till så att han eller hon återförs. Handräckningsförfarandet bör därför, som framgår av vad jag nyss anført, endast begäras om man inte kan få den enskilde att frivilligt följa med tillbaka till boendet eller dagverksamheten eller man bedömer risken som mycket stor att så inte kan ske utan att tvång behöver kunna tillgripas. Biträde av polis får således inte begäras av praktiska skäl t.ex. för att den enskilde har anträffats långt hemifrån. En annan sak är att det är naturligt att det i det fall det är polisen som hittar den försvunne, det också är polisen som normalt ombesörjer återförandet till boendet eller dagverksamheten om detta ligger i närheten av där den enskilde har anträffats.

12.13.4 Begäran av socialnämnden om biträde vid verkställande av beslut om flyttning till särskilt boende

Utöver de i de föregående beskrivna situationerna anser jag att det ytterligare en situation ska ges en möjlighet för socialnämnden att erhålla hjälp från polis för att kunna genomföra en beslutad åtgärd. Det rör sig här om den åtgärden som, enligt min uppfattning, är den åtgärden som är den mest ingripande som kan vidtas med stöd av lagen, nämligen möjligheten att flytta någon till ett särskilt boende. Det uppställs i förslaget stränga krav för att åtgärden överhuvudtaget ska få vidtas och en flyttning ska inte få genomföras om inte läget är mycket allvarligt för den enskilde. Det torde därför förhålla sig på det sättet att ett verkställande av beslutet brådskar. Detta innebär emellertid inte att man i de fall då den enskilde aktivt motsätter sig en flyttning, får underlåta att försöka få honom eller henne att ändra sig så att flyttningen kan ske utan att tvång behöver tillgripas. I likhet med vad som gäller vid biträde av polis för genomförande av en medicinsk undersökning, ska polishandräckning i förevarande situation endast begäras i undantagsfall när det inte har gått att lösa saken på frivillig väg. Även här är det mycket viktigt att, om så är möjligt, någon som den enskilde känner tillit till kan närvara när beslutet verkställs. Detta gäller i och för sig oavsett om flyttningen måste genomföras med hjälp av polis eller

inte. Likaså bör också i denna situation normalt socialtjänsten medverka vid flyttningen.

Det kan inte, även om en sådan situation torde vara mycket sällan förekommande, uteslutas att det någon gång inte är den berörde som motsätter sig flyttningen utan någon annan, t.ex. ett barn, som anser att flyttningen inte är nödvändig utan att saken bör kunna lösas genom ytterligare hjälp och stöd i hemmet. Det åligger därvid nämnden att också i en sådan situation försöka att lösa situationen i samförstånd genom att resonera med vederbörande. I denna situation måste dock givetvis först och främst förhållandena för den som omfattas av beslutet beaktas.

12.13.5 Delegation m.m.

Att polismyndigheten efter begäran från socialnämnden ska kunna bistå nämnden för att genomföra en medicinsk undersökning, flytta någon från det egna boendet till ett särskilt boende och för att återföra någon som har lämnat ett särskilt boende är något som den enskilde av förklarliga skäl kan uppleva som mycket obehagligt och kränkande.

Jag anser därför att socialnämndens möjlighet att delegera rätten att besluta om polishandräckning bör begränsas. Därvid är det enligt min uppfattning lämpligt att delegationsrätten begränsas på samma sätt som föreslås gälla vid tillfälliga beslut, dvs. att delegation av beslutanderätten endast får ske till förtroendevalda. Frågan om polishandräckning torde sannolikt komma att behöva beslutas med kort varsel. För att ett sådant beslut ska kunna fattas med tillbörlig skyndsamhet bör också nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat ges möjlighet att påkalla biträde av polisen.

12.13.6 Begäran av domstol om biträde vid genomförande av en medicinsk undersökning

Av avsnitt 12.11.2 framgår att jag föreslår att även domstol ska kunna besluta om genomförande av en medicinsk undersökning. Mot den bakgrunden måste även domstolen under samma förutsättningar som socialnämnden (se avsnitt 12.13.2) kunna begära

biträde av polis för att undersökningen ska kunna genomföras. Jag hänvisar i denna del till vad jag anfört under detta avsnitt.

12.14 Ställföreträdare

Mina förslag:

- För det fall en åtgärd enligt lagen övervägs och en utredning i anledning av detta inleds ska en god man enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken utses som ställföreträdare för den saken gäller.
- Det ankommer på socialnämnden att genast när en utredning angående tillgripande av tvångs- eller begränsningsåtgärder inleds, till överförmyndaren anmäla att den enskilde behöver företrädas av en god man enligt föräldrabalken.
- Överförmyndaren ska – i enlighet med förmynderskapsutredningens förslag – ha möjlighet att fatta tillfälliga beslut om anordnande av sådana godmanskap som avses i 11 kap. 4 § föräldrabalken.

12.14.1 Inledning

Man kan utgå från att det i de situationer där någon gör gällande att det finns ett behov av att tillgripa en eller flera tvångs- eller begränsningsåtgärder, den person som det gäller kommer att uppvisa tydliga signaler på nedsatt beslutsförmåga. Det kan därför förutsättas att den enskilde redan under utredningstiden har ett behov av hjälp och stöd för att kunna tillvarata sina rättigheter. Mot den bakgrunden bör det i samband med att en utredning inleds också utses någon som ska vara behörig att företräda den enskilde i ärendet. En viktig uppgift är därvid att se till att socialnämnden under utredningen noggrant överväger möjligheterna till att lösa den uppkomna problemsituationen utan att en tvångs- eller begränsningsåtgärd ska behöva tillgripas. I uppgiften att företräda den enskilde ingår att bevaka dennes rätt. Detta medför emellertid inte att den som företräder den enskilde med någon rättslig giltighet ska kunna medge att en viss åtgärd som anges i lagen ska få tillgripas. Ett sådant medgivande kan därför inte ligga till grund för en åtgärd utan det ska alltid krävas att samtliga kriterier som uppställs i lagen för att en åtgärd ska få tillgripas är uppfyllda.

12.14.2 Vem eller vilka ska kunna företräda den enskilde?

När det sedan gäller frågan om vem eller vilka som ska kunna företräda den enskilde kan man tänka sig olika lösningar. Självfallet kan inte någon företräda den enskilde utan att han eller hon på ett eller annat sätt har fått behörighet att göra detta.

Inledningsvis vill jag kort redogöra för vad förmynderskapsutredningen i sitt betänkande har föreslagit angående vem eller vilka personer som inom såväl det sociala som inom hälso- och sjukvårdsområdet ska kunna vara ställföreträdare för en person som konstaterats uppenbart sakna beslutsförmåga. I första hand föreslås det att en framtidsfullmäktig eller ett vårdombud som den berörde själv har utsett ska kunna vara ställföreträdare. Om den berörde inte har förordnat någon fullmäktig i en framtidsfullmakt eller ett vårdombud föreslås i andra hand att den berörde ska företrädas av anhöriga i en viss bestämd ordning. I tredje hand ska den berörde företrädas av en god man eller förvaltare (Förvaltare ska dock inte kunna vara ställföreträdare inom hälso- och sjukvården) enligt föräldrabalken. Det föreslås vidare att en god man eller förvaltare i vissa situationer ska kunna komma först i turordningen. En ställföreträdare ska enligt förslaget inte kunna medge åtgärder som innebär frihetsberövande eller annat tvång. Förmynderskapsutredningens förslag har, som jag tidigare nämnt, ännu inte lett till lagstiftning, utan förslaget bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Den smidigaste lösningen och den som man i första hand kommer att tänka på är givetvis att uppgiften skulle anförtros en närstående. Man kan också utgå från att i vart fall de flesta (närmaste) närstående som engagerar sig för att hjälpa en person med bristande beslutsförmåga har den personens bästa för ögonen. Vid de studiebesök jag har gjort till olika kommuner och länsstyrelser har det framkommit att det är relativt vanligt förekommande att närstående, i och för sig av omtanke och rädsla för att den berörde ska skada sig, vill att åtgärder av tvångskaraktär ska användas. Även om de flesta närstående självfallet agerar utifrån vad de anser som bäst för den beslutsoförmögne är som jag också erfarit under mina studiebesök så inte alltid fallet. Det är inte heller ovanligt att det bland närstående finns olika åsikter om vad som i det enskilda fallet utgör det bästa för den berörde. Som exempel kan nämnas att någon tycker att hans gamle far, därför att fadern mår bra av det ska få gå ut på promenad ensam i den omfattning han önskar, trots

att risken för att fadern ska skada sig eller gå vilse inte är obetydlig. Ett annat syskon däremot anser att fadern bör förhindras att promenera ensam, även om det syskonet är väl medveten om att fadern då blir nedstämd. Jag anser det därför vid en samlad bedömning inte lämpligt att närstående per automatik, endast i anledning av att de är just närstående, ska kunna företräda den berörde när det gäller frågor om användande av de tvångs- och begränsningsåtgärder som jag föreslår ska kunna få tillgripas. Enligt min uppfattning är det ur rättssäkerhetssynpunkt av stor vikt för den enskilde att det offentliga ska kunna styra över vem som ska ha rätt att företräda den enskilde i dessa frågor. Mot den bakgrunden anser jag att den enskildes företrädare ska utses i enlighet med föräldrabalkens bestämmelser. En väsentlig faktor vid bedömningen är också att företrädaren i utredningen av ärendet och i beslutsprocessen får en exklusiv rätt att företräda den berörde och i denna egenskap t.ex. kan få tillgång till uppgifter som inte är offentliga. På samma sätt har endast företrädaren möjlighet att för den enskildes räkning överklaga beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder. I detta sammanhang bör också påpekas att en betydande del av de som bor i särskilda boenden redan har en god man utsedd för sig.

Enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken (FB) ska rätten om någon på grund av sjukdom, psykisk störning eller försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållanden behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person besluta om godmanskap för honom eller henne. Ett sådant beslut får dock inte meddelas utan samtycke av den som godmanskapet ska anordnas för, om inte den enskildes sinnestillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas. Om någon som befinner sig i en sådan situation som anges i 11 kap. 4 § FB är ur stånd att vårda sig eller sin egendom, får rätten enligt 11 kap. 7 § FB besluta att anordna förvaltarskap för honom eller henne. Förvaltarskap får dock inte anordnas, om det är tillräckligt att godmanskap anordnas eller att den enskilde på något annat, mindre ingripande sätt får hjälp. Ett förvaltarförordnande bör därför enligt förarbetena⁴⁶ inte komma i fråga i fall där den enskilde visserligen saknar förmåga att sköta sina angelägenheter men där det inte föreligger någon risk att han vidtar några dispositioner till skada för sig själv. Bland de psykiska svaghetstillstånd som kan motivera ett förvaltarförordnande hör enligt vad som anges i förarbetena⁴⁷ framför allt vuxna psykiskt

⁴⁶ Prop. 1987/88:124, s. 145.

⁴⁷ A. prop. s. 145.

utvecklingsstörda, personer med åldersbetingade psykiska störningar och personer som lider av psykiska sjukdomar. Inget talar för att behov av förvaltare föreligger för de personer som berörs av detta betänkande på grund av de frågor som berörs i betänkandet. Av 12 kap. 2 § första stycket FB framgår att gode män och förvaltare ska, i den mån det följer av deras förordnande, bevaka rätten för de personer som de företräder, förvalta deras tillgångar och sörja för deras person.

När överförmyndaren ansöker om god man ska till ansökan, i de fall den enskildes tillstånd hindrar att hans mening inhämtas, bifogas ett läkarutlåtande. I läkarutlåtandet ska läkaren intyga behovet av god man och uttala sig om huruvida den berörde kan ta ställning till ansökan. Det bör erinras om att den lagstiftning som jag föreslår endast omfattar personer som lider av en demenssjukdom och som till följd härav har nedsatt beslutsförmåga. Mot den bakgrunden torde lagstiftningen knappast vara tillämplig för de personer som själva kan ta ställning till en ansökan om god man. Ett förordnande som god man enligt 11 kap. 4 § FB i ett ärende enligt de av mig föreslagna lagstiftningarna kommer av naturliga skäl att omfatta att bevaka den enskildes rätt samt sörja för hans eller hennes person.

Att bevaka den enskildes rätt kan bestå av att i någon särskild rättshandling ta till vara hans eller hennes intressen. Uppgiften att sörja för den enskildes person innebär att den gode mannen ska se till att den enskilde får en så bra vård och omsorg som möjligt. Det kan ibland dock vara svårt att skilja mellan dessa uppgifter. Rent allmänt kan dock sägas att även om en god man har förordnats för att bistå någon i en rättslig angelägenhet bör han eller hon vara skyldig att sörja för den enskildes person i den mån det kan anses erforderligt. Den gode mannen bör ses som ett biträde åt den enskilde. Den gode mannen bör således så långt möjligt samråda med den enskilde och även inhämta den enskildes samtycke till de rättshandlingar som han eller hon vill företa för dennes räkning. Undantag från denna regel gäller i fall den enskildes sinnessillstånd e.d. hindrar att samtycke lämnas. Den gode mannen är då behörig att själv företa rättshandlingar inom ramen för sitt förordnande (Jfr JO 2001/2002 s. 331).

Den omständigheten att den som ska företräda den enskilde ska vara en god man som utsetts enligt föräldrabalkens bestämmelser utesluter givetvis inte att en närstående kan förordnas till detta. Tvärtom är detta självfallet normalt den bästa och naturligaste

lösningen. Till god man eller förvaltare ska enligt 11 kap. 12 § FB utses en rättrådig, erfaren och i övrigt lämplig man eller kvinna. Huruvida en närstående kan anses uppfylla dessa kriterier åligger det domstolen att vid en samlad bedömning av vad som har kommit fram i ärendet ta ställning till i varje enskilt fall.

Om det framkommer att den berörde har utsett framtidsfullmäktig eller vårdombud ligger det självfallet nära till hands för överförmyndaren att om den utpekade inte är olämplig utse denne till god man. Olämplighet kan exempelvis föreligga om den utpekade är ovillig att åta sig uppgiften eller är olämplig till följd av sjukdom eller hög ålder eller det annars framkommer något som gör att det kan ifrågasättas om den utpekade har den berördes bästa för ögonen. Vad som nu sagts om företrädare får självfallet bli föremål för nya överväganden i samband med behandlingen av förmyndarskapsutredningens förslag. Om förmyndarskapsutredningens förslag genomförs ankommer det på vårdombudet eller framtidsfullmäktigen att tillvarata den berördes intresse och bevaka hans eller hennes rätt. Det bör dock aldrig bli möjligt för någon form av företrädare att med bindande verkan medge tvångsåtgärder mot den berörde.

12.14.3 Anmälan om behov av god man

Socialnämnden är enligt 5 kap. 3 § socialtjänstförordningen (2001:937) skyldig att anmäla behov av att god man eller förvaltare förordnas. Samma skyldighet åläggs kommunen enligt 15 § 6 LSS. I 2 § förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården föreskrivs att det åligger verksamhetschefen att underätta överförmyndaren om att en intagen person kan vara i behov av god man eller förvaltare enligt föräldrabalken. Enligt min uppfattning är det lämpligt att det, även om en sådan bestämmelse redan finns i socialtjänstförordningen och LSS, i lagen införs en särskild bestämmelse i vilken det anges att det ankommer på socialnämnden att då en utredning angående frågan om tillgripande av tvångs- eller begränsningsåtgärder inleds, omedelbart till överförmyndaren anmäla att den enskilde behöver företrädas av en god man, detta bl.a. med hänsyn till att god man i de förevarande situationerna som regel torde behöva utses skyndsamt.

12.14.4 Tillfälligt beslut av överförmyndaren om utseende av god man

Överförmyndaren har möjlighet att meddela tillfälligt beslut i ärenden om anordnande av god man eller förvaltare (11 kap 18 § andra stycket FB). Av lagrummets första stycke framgår emellertid att tillfälliga beslut om anordnande av godmanskap enligt 11 kap. 4 § FB eller förvaltarskap endast kan fattas av rätten.

Förmynderskapsutredningen föreslår emellertid i sitt betänkande (11 kap. 30 § föräldrabalken i förslaget) att det ska införas en möjlighet för överförmyndaren att besluta om anordnande av godmanskap enligt 11 kap. 2 § föräldrabalken (11 kap. 4 § i nu gällande lydelse) i särskilt brådskande fall. Förmynderskapsutredningen har som grund för sitt förslag uppgett att en god man ska kunna ges behörighet i hälso- och sjukvårdsangelägenheter och att krav i anledning härav kan ställas på ett snabbt agerande från myndigheternas sida när det gäller att anordna ett godmanskap som innefattar sådana frågor (Se SOU 2004:112, s. 1186). Ett sådant beslut av överförmyndarnämnden ska anmälas till rätten. Förmynderskapsutredningens bedömning är enligt min mening välgrundad.

Att en bestämmelse, i enlighet med den som förmynderskapsutredningen har föreslagit, om att överförmyndaren i särskilt brådskande fall ska kunna fatta ett beslut om anordnande av godmanskap i avvaktan på att ett sådant ärende avgörs slutligt är av mycket stor vikt för de förslag jag lägger i mitt betänkande, då den som berörs av mitt förslag ska företrädas av en god man. Mot bakgrund av förmynderskapsutredningens förslag i nu berört hänseende finns det inte anledning för mig att närmare diskutera denna fråga utan jag hänvisar till vad förmynderskapsutredningen har sagt i denna del. Om förmynderskapsutredningens förslag blir föremål för lagstiftning får naturligtvis denna ändring i föräldrabalken inarbetas i de övriga ändringar som då aktualiseras.

12.14.5 Utseende av god man

Jag är givetvis medveten om att det kommer att behöva förordnas god man för ett relativt stort antal personer. Det är dock svårt att närmare ange antalet. Självfallet kommer detta att leda till ett merarbete för överförmyndarna. Det kan också i en del fall bli svårigheter att på kort tid få fram lämplig god man.

Som framgår av vad tidigare sagts (se avsnitt 12.3.2) ska det vara möjligt att fatta tillfälliga beslut även om god man inte har hunnit bli förordnad. Det torde ofta vara möjligt för personalen vid ett särskilt boende eller inom hemtjänsten och därmed socialnämnden att i god tid se ett kommande behov av god man och ett behov av tvångsåtgärder. En person som har nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom kan – även om ett behov av tvångsåtgärder inte föreligger – ofta ha ett behov av god man. Till det nu sagda kan tilläggas att utredningstiden som föregår ett beslut inte är tidsbegränsad. Om anmälan om behov av god man sker när utredningen inleds innebär det nu sagda att det finns ett relativt stort tidsutrymme för utseende av god man.

12.15 Offentligt biträde

Mina förslag:

- I mål om åtgärder enligt denna lag ska offentligt biträde förordnas för den berörde om det inte måste antas att behov av biträde saknas. Detsamma ska gälla i ärenden hos socialnämnden om flyttning till särskilt boende.
- Offentligt biträde ska förordnas av den domstol som handlägger målet. I ärenden hos socialnämnden, gällande flyttning till särskilt boende, förordnas offentligt biträde av länsrätten.
- Socialnämnden ska i samband med att den fattar beslut, såväl slutligt som tillfälligt, om en åtgärd, underrätta om möjligheten till offentligt biträde efter ett överklagande.

I mål och ärenden som gäller en enskilds rörelsefrihet och personliga integritet kan stöd och juridisk hjälp lämnas genom ett offentligt biträde. De mål och ärenden i vilka offentligt biträde kan förordnas framgår av bestämmelser i respektive lag (1 § lagen [1996:1620] om offentligt biträde). Beslut om att förordna offentligt biträde fattas av den domstol eller den myndighet som handlägger målet eller ärendet (2 §). Offentligt biträde förordnas efter ansökan eller när det annars finns skäl för det. En ansökan om offentligt biträde kan göras av den som biträde ska förordnas för eller av någon annan som får föra talan i målet eller ärendet (3 §). Av bestämmelsen följer att den myndighet eller domstol som handlägger sakärendet är skyldig att beakta om ett offentligt

biträde bör förordnas⁴⁸. En ansökan om offentligt biträde ska ges in till den myndighet som handlägger målet eller ärendet (3 § andra stycket). En myndighet som inte själv får förordna offentligt biträde är skyldig att överlämna ansökan med eget yttrande till den myndighet som har att fatta beslut i saken (3 § tredje stycket). Exempel på en myndighet som inte kan förordna om offentligt biträde är socialnämnden i LVU- och LVM-ärenden.

De åtgärder som enligt mitt förslag ska kunna komma i fråga begränsar otvivelaktigt antingen den berördes rörelsefrihet eller inkräktar på hans eller hennes personliga integritet. De personer som omfattas av mina förslag har nedsatt beslutsförmåga och är därför särskilt utsatta. Det kan mot den bakgrunden hävdas att det föreligger ett särskilt behov av ett offentligt biträde när det gäller ärenden och mål angående användande av de tvångs- eller begränsningsåtgärder som enligt förslaget föreslås få vidtas.

Bestämmelser om rätt till offentligt biträde inom socialtjänstens område finns i LVU (39 §) och LVM (42 §). Härutöver kan nämnas att rätt till offentligt biträde också finns bl.a. enligt LPT (38 a §). Enligt nämnda bestämmelser ska offentligt biträde förordnas för den åtgärden avser i vissa ärenden och mål som anges i bestämmelserna. I lagrummen anges uttryckligen att offentligt biträde ska förordnas om det inte måste antas att behov av biträde saknas. Huvudregeln är således att offentligt biträde regelmässigt ska förordnas. I vilket skede det kan bli aktuellt att förordna ett offentligt biträde beror på vad ärendet eller målet gäller. Enligt 39 § LVU föreskrivs att offentligt biträde bl.a. kan förordnas i mål eller ärende angående beredande eller upphörande av vård enligt 2 eller 3 §, omedelbart omhändertagande enligt 6 § LVU och vid överklagande av ett beslut av socialnämnden om var vården av den unge ska inledas eller beslut om att den unge ska flytta från det hem där han vistas. Socialstyrelsen har i allmänna råd⁴⁹ gällande tillämpningen av LVU uttalat bl.a. följande angående frågan om när ett offentligt biträde ska förordnas.

⁴⁸ Prop. 1996/97:9 s. 226.

⁴⁹ SOSFS 1997:15.

Rätten till biträde föreligger inte enbart vid ett ärendes slutbehandling. Tvärtom föreligger många gånger behov av ett offentligt biträde redan under ärendets handläggning i socialnämnden. Ett offentligt biträdes insatser torde i allmänhet vara av stor betydelse på utredningsstadiet och då särskilt i sådana ärenden där motstridiga uppgifter har lämnats. Genom ett förtroendefullt samarbete med den enskilda parten torde ett biträde ofta kunna bidra till ett tillförlitligt och fullständigt beslutsunderlag och en nyanserad bedömning av olika förhållanden.

Enligt 42 § LVM kan offentligt biträde förordnas i mål hos allmän förvaltningsdomstol gällande beredande av vård eller omedelbart omhändertagande. Offentligt biträde enligt LPT kan inte heller förordnas förrän det saken gäller är anhängigt i länsrätten (38 a § LPT).

Av de ovan redovisade lagstiftningarna framgår att det när det gäller ärenden/mål om tvångsvård inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården rätt till offentligt biträde som huvudregel föreligger för den berörde. Tidpunkten för när ett sådant biträde kan förordnas varierar dock beroende på vad saken gäller.

Den personkrets som mitt uppdrag omfattar är, som jag framhållit tidigare, särskilt utsatt då de genom sin demenssjukdom har nedsatt beslutsförmåga och därför har svårigheter att sätta sig in i vad saken gäller. Mot den bakgrunden måste det för att en persons rättssäkerhet enligt lagen ska kunna garanteras enligt min bestämda uppfattning finnas en möjlighet att lämna den berörde stöd och hjälp genom att ett offentligt biträde förordnas för honom eller henne. Den omständigheten att den enskilde i de fall där fråga om användande av tvångs- och begränsningsåtgärder enligt lagen uppkommer ska företrädas av en god man ger inte anledning till någon annan bedömning. Det finns enligt min mening inte skäl att mellan de ovan nämnda lagarna och mitt förslag göra åtskillnad i fråga om förutsättningarna för offentligt biträde. Offentligt biträde ska därför förordnas, om det inte måste antas att ett sådant behov saknas, dvs. utgångspunkten ska vara att ett offentligt biträde ska förordnas.

När det sedan gäller från vilken tidpunkt ett offentligt biträde enligt lagen ska kunna förordnas kan man tänka sig såväl att detta ska kunna ske redan i samband med att socialnämnden inleder en utredning som först när saken blir föremål för domstolsprövning. I denna del anser jag att den omständigheten att den enskilde företräds av god man har betydelse för i vilket skede offentligt biträde ska kunna förordnas. Enligt min uppfattning bör det för den

enskildes rättssäkerhet vara tillräckligt att han eller hon under utredningsförfarandet i socialnämnden företräds av den gode mannen såvitt avser samtliga tillåtna åtgärder enligt lagen utom flyttning till ett särskilt boende. Vid den sistnämnda åtgärden ska det vara möjligt att förordna offentligt biträde redan när socialnämnden inleder en utredning. Anledningen till detta är att denna åtgärd enligt min uppfattning är av så ingripande karaktär och innebär en mycket stor omvälvning för i första hand den som berörs av den men också för hans eller hennes närstående i och med att den berörde rycks bort från sin normala sociala situation. Bortsett från detta undantag ska alltså frågan om förordnande av offentligt biträde avgöras då ansökan till länsrätten om tvångs- och begränsningsåtgärd görs av socialnämnd eller då beslut i sådan fråga har överklagats till länsrätt. Den föreslagna ordningen ska gälla såväl vid slutliga som tillfälliga beslut.

Även när det gäller ärenden och mål om upphörande av en tvångsåtgärd, bör det enligt min mening för den enskildes rättssäkerhet vara tillfyllest med att ett offentligt biträde kan förordnas efter att den enskilde, dvs. i praktiken den gode mannen, har överklagat socialnämndens beslut. När det gäller upphävande av ett tidigare meddelat beslut om flyttning till ett särskilt boende ska dock offentligt biträda kunna förordnas redan när ärendet aktualiseras hos nämnden.

Som redogjorts för ovan förordnas enligt huvudregeln i lagen om offentligt biträde sådant biträde av den domstol eller myndighet som handlägger målet eller ärendet. Socialnämnden är dock inte behörig att enligt LVU förordna offentligt biträde i ärenden hos nämnden, utan detta ankommer på länsrätten. Enligt mitt förslag ska offentligt biträde, beträffande flyttning till ett särskilt boende kunna förordnas redan under socialnämndens handläggning, dvs. innan saken har anhängiggjorts i domstol. Jag anser det lämpligt att samma förfarande vid förordnande av offentligt biträde för denna åtgärd ska gälla som för ärenden i socialnämnden enligt LVU. Det ska därför ankomma på länsrätten att förordna offentligt biträde i förevarande situation. Socialnämnden har härvid i enlighet med vad som föreskrivs i lagen om offentligt biträde att med eget yttrande överlämna en ingiven ansökan till länsrätten. Givetvis åligger det nämnden att även utan ansökan anmäla behovet av offentligt biträde om någon ansökan inte har gjorts.

Det kan enligt min mening förutsättas att det bland de personer som i egenskap av god man ska företräda en person i ett ärende

gällande tillåtelse att använda eller upphörande av någon av lagens tillåtna tvångs- eller begränsningsåtgärder kommer att finnas de som inte kommer att känna till möjligheten till offentligt biträde. Mot den bakgrunden anser jag att lagen ska innehålla en bestämmelse i vilken anges att socialnämnden är skyldig att – i samband med att den meddelar ett beslut, slutligt eller tillfälligt – underrätta om möjligheten till förordnande av offentligt biträde efter ett överklagande av beslutet.

Enligt vad jag redogjort för under avsnitt 12.14.2 ska en god man utses för den för vilken en åtgärd enligt lagen övervägs. Den gode mannen företräder i ett sådant ärende den berörde. Den omständigheten att ett offentligt biträde förordnas förändrar inte detta förhållande. Det offentliga biträdets roll ska således vara att i processen biträda den enskilde och hans eller hennes gode man med goda råd och då framför allt av juridisk karaktär. Det offentliga biträdet kan mot den bakgrunden inte agera självständigt utan den gode mannens samtycke. Av detta följer att det för det fall det i en situation föreligger oenighet mellan den gode mannen och det offentliga biträdet, det är den gode mannen som bestämmer hur man ska agera i ärendet.

13 Förslag till lag om tvång vid medicinsk behandling

Mina förslag:

- En särskild lag ska reglera medicinsk behandling förenad med direkt tvång eller som ges på annat sätt för att undvika sådant tvång.
- 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.
- 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 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 försämrans 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 kamrarrätt.
- 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.

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”.

13.1 En erfaren personal är grundläggande för att minska behovet av medicinsk behandling med tvång

Jag är självfallet medveten om att tvångsinslag kan aktualiseras i samband med medicinering och annan medicinsk behandling av patienter med demenssjukdom inom särskilda boenden. Dessa åtgärder är dock enligt min mening så intimt förknippade med den medicinska bedömningen att de blir svåra att särskilja. En bedömning av om en behandling eller medicinering ska tillgripas med tvång kan inte göras utan ingående kännedom om de medicinska följderna av att avstå. Till detta kommer att sådana överväganden, som måste göras i fråga om den nu aktuella patientgruppen, i huvudsak är desamma som måste göras beträffande andra patientgrupper som – mer eller mindre varaktigt – saknar förmåga att uttrycka en vilja eller som varaktigt har nedsatt beslutsförmåga och motsätter sig behandling.

Av grundläggande betydelse för den medicinska vården, som nu är aktuell, är att det inom personalen finns tillräcklig kunskap om hur personer med demenssjukdom reagerar och som har förståelse för deras problem och kan bedöma orsaker till att den enskilde är ovillig att t.ex. ta medicin. Oerfaren och bristfälligt utbildad personal försämrar givetvis vården även i detta avseende. På samma sätt leder täta personalbyten och stor andel vikarier till sämre omvårdnad. Jag är givetvis medveten om att det även med god omvårdnad kan uppstå svårigheter och problem i samband med t.ex. medicinhantering. Samtidigt är det uppenbart att kunskap, erfarenhet och empati hos personalen ökar trivsel och trygghet och minskar problem och risker även vid medicinsk behandling. Det är därför av stor vikt att alla rimliga åtgärder vidtas för att långsiktigt säkra personalens kompetens och anställningsförhållanden.

13.2 Medicinsk behandling med tvång ska regleras i lag

Som framgår av den diskussion som Socialstyrelsens etikråd för kring det aktuella praktikfallet (avsnitt 8.4.1) är det 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. Det vore också, som etikrådet påpekar, olyckligt om detta sätt att medicinera blir en tradition och något man inte ifrågasätter eller försöker hitta alternativ till.

I enlighet med direktiven redovisar jag nedan förslag till lagreglering av medicinsk behandling med tvång som gäller bl.a. ansvarsfrågor, medicinska och etiska bedömningsgrunder samt dokumentation, uppföljning, tillsyn och överklagande. Med medicinsk behandling med tvång avser jag i detta sammanhang dels behandling med direkt tvång, dvs. att man öppet övervinner patientens motstånd mot att t.ex. ta en medicin, dels andra åtgärder med syfte att undanröja patientens motstånd som t.ex. när personalen blandar medicin i mat eller dryck, därför att man vet att patienten annars kommer att göra motstånd mot att ta medicinen.

13.3 Lagens tillämpningsområde och personkrets

Jag har i mina inledande kommentarer till uppdraget och direktiven (avsnitt 1.1.2) samt i kapitel 11 redovisat olika avgränsningsproblem mellan huvudmän, lagar och verksamhetsområden som följer av uppdraget och då argumenterat för ett entydigt kommunalt ansvar för tvångs- och begränsningsåtgärder.

En reglering av medicinsk behandling av personer med demenssjukdom med tvång berör på ett självklart sätt både socialtjänst och sjukvård och förutsätter enligt min bedömning att tillämpningsområde, personkrets och ansvar kan definieras så tydligt som möjligt. Jag föreslår följande generella villkor.

- Bestämmelserna ska gälla inom den primärkommunala socialtjänsten, dvs. i verksamheter som socialnämnd eller motsvarande ansvarar för och inom ramen för kommunens sjukvårdsansvar.

- Grundvillkoret för att omfattas 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 krav ska vara att patienten antingen
 1. har beviljats bistånd i form av särskilt boende, dagverksamhet 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 LSS.

Detta innebär att korttidsvistelse enligt LSS, en insats som kommunen inte har något sjukvårdsansvar för, således inte ska omfattas av lagen.

13.4 Medicinsk behandling med tvång ska inte tillåtas i patientens ordinära bostad

Villkoren i föregående avsnitt överensstämmer i stort med dem som jag föreslagit för övriga tvångs- och begränsningsåtgärder (avsnitt 11.6). Enligt mitt förslag ska dock denna lag inte kunna tillämpas i ordinärt boende och jag har därför här undantagit bistånd i form av hemtjänst i ordinärt boende.

Ett principiellt motiv för detta är att jag har mycket svårt att se att en person ska kunna bli föremål för t.ex. medicinering med tvång i ordinärt boende dvs. i sin egen bostad. Jag är visserligen medveten om att även särskilt boende betraktas som en egen bostad i hyresrättslig mening, men jag ser ändå en tydlig skillnad och bedömer att folk i gemen också gör det. Medicinering med tvång i ordinärt boende ter sig starkt integritetskränkande. Till detta kommer vad jag tidigare anfört vad gäller andra tvångs- och begränsningsåtgärder i ordinärt boende. Den som beslutar om sådana har ett oavvisligt ansvar för att åtgärden inte leder till skada av något slag. Självfallet kan den tillsyn som detta kräver vara svår att fullgöra då inte någon personal finns i bostaden.

Ett annat motiv för att undanta ordinärt boende följer av min ambition att förtydliga ansvaret för lagens tillämpning. I hälften av kommunerna är det landstinget som är huvudman för hemsjukvården dvs. den verksamhet som skulle ges uppgiften att verkställa

medicinsk behandling med tvång i ordinärt boende. Då skulle den problematik uppstå med två huvudmän involverade i tillämpningen av denna lagstiftning, med risk för oklara ansvarsförhållanden, som jag vill undvika.

Ett ytterligare motiv är att jag bedömer att frågan om medicinsk behandling med tvång för personer med demenssjukdom i ordinärt boende sällan eller aldrig kommer att aktualiseras i praktiken. Det kan ifrågasättas om en person som lider av demenssjukdom med nedsatt beslutsförmåga och som kan bli föremål för medicinsk behandling med tvång kan bo kvar i ordinärt boende annat än för en kortare tid.

13.5 Lagen ska gälla inom kommunens sjukvårdsansvar

Kommunens ansvar för sjukvård omfattar vård och behandling upp till sjuksköterskenivå, medan landstinget har ansvar för läkarinsatserna. Läkaren har således inget ledningsansvar för kommunens sjukvårdspersonal. Läkarens uppgift är att utifrån sitt yrkesansvar vidta de åtgärder som patientens hälsotillstånd kräver och kommunens sjukvårdspersonal ska som princip följa och utföra läkarens ordinationer.

Kommunens sjukvårdsansvar begränsas till hälso- och sjukvård som utförs i särskilda boenden och i dagverksamheter och omfattar inte sjukvård på vårdcentraler eller på sjukhus. Denna lokalmässiga begränsning påverkar också det medicinska innehållet i kommunens sjukvårdsansvar. Kommunen kan inte ansvara för sjukvård som förutsätter tillgång till viss medicinsk specialistkompetens eller avancerad medicinteknisk utrustning som t.ex. vid operationer. När en person med nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom i särskilt boende behöver sådan vård, får läkaren remittera till sluten vård på sjukhus där problem med patientens samtycke regleras av nödrätten eller av LPT.

Innehållet i den kommunala sjukvården är huvudsakligen kopplat till åldrandets sjukdomar. Behandling med läkemedel eller medicinering är den vanligaste behandlingen i särskilt boende. Dold medicinering, dvs. att medicin på olika sätt blandas i mat eller dryck när patienten gör motstånd mot eller vägrar att ta den, blir den medicinska behandling vars lämplighet och tillåtlighet oftast kommer att prövas mot lagens regelverk. Men samma prövning kan också bli aktuell vid andra vanliga sjukdomstillstånd som olika

former av sårbehandling, behandling mot näringsbrist med dropp och diabetesbehandling m. fl.

13.6 När gäller lagen och när gäller nödrätten?

Jag föreställer mig att det så gott som alltid blir personalen på det särskilda boendet eller dagverksamheten som kommer att aktualisera en tillämpning av lagreglerna när man på grund av patientens motstånd får uppenbara problem att ge läkemedel eller genomföra annan medicinsk behandling som en läkare ordinerat. Personalen kontakter då patientens läkare eller någon annan läkare för samråd och eventuell undersökning.

Om läkaren då konstaterar att patientens tillstånd är akut, t.ex. på grund av hjärtsjukdom som innebär omedelbar fara för patientens liv, behöver lagen inte tillämpas. Läkaren har då i praktiken, beroende på situationen, att antingen remittera patienten till akut specialistvård eller besluta att själv, med stöd av nödreglerna i brottsbalken, med tvång genomföra den behandling patientens hälsotillstånd kräver. Min avsikt och övertygelse är dock att den föreslagna lagen ska kunna tillämpas som huvudregel och att nödrätten bara ska behöva återopas i enstaka undantagsfall.

13.7 En patientansvarig läkare (PAL) ska utses för kontinuitet och patientsäkerhet

Om läkaren bedömer att patientens hälsotillstånd inte innebär akut livsfara och att lagen kan tillämpas ska en patientansvarig legitimerad läkare (PAL) utses av verksamhetschefen om patienten inte redan har en sådan. En PALs ansvar och uppgifter regleras av 27 § HSL, som tillkommit för att tillgodose patientsäkerhet och samordnade vård- och behandlingsinsatser för patienter med kroniska sjukdomar. Det naturliga valet av PAL är en läkare som är knuten till det särskilda boendet, som känner patienten sedan tidigare och har förskrivit patientens läkemedel.

Av 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att en uppgift som innefattar myndighetsutövning inte kan överlämnas till ett privat subjekt. Ett beslut enligt lagen om att tvång eller någon annan åtgärd får användas måste därför, om något undantag härifrån inte införs, fattas av en läkare som är i allmän tjänst.

Vem som kan anses arbeta i allmän tjänst har behandlats i regeringens proposition ”Behörigheten för läkare i enskild verksamhet, m.m.¹. I propositionen behandlas bl.a. vilken läkare som är behörig att besluta om att en patient ska kunna omhändertas för en undersökning för vårdintyg enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, i de fall han eller hon motsätter sig undersökningen. Propositionen bygger på departementspromemorian ”Läkare i allmän tjänst”².

I propositionen gör regeringen den bedömningen att en läkare, förutom när han eller hon är offentligt anställd, är i allmän tjänst om läkaren får anses utgöra en s.k. osjälvständig uppdragstagare. En läkare är enligt regeringen att anse som en osjälvständig uppdragstagare om

- uppdraget är lämnat till en fysisk person och alltså inte till ett bolag eller annan juridisk person,
- om den uppgift som uppdraget avser normalt utförs av en anställd vid myndigheten samt
- om uppdragstagaren är underställd myndighetens arbetsledning och kontroll³.

Av propositionen (s. 14) framgår att denna bedömning grundar sig bl.a. på ett beslut av JO⁴.

Regeringen konstaterar att denna avgränsning medför att en privat verksam läkare som arbetar enligt ett entreprenadavtal som landstinget har träffat med ett bolag eller någon annan juridisk person inte kan anses vara i allmän tjänst⁵

I departementspromemorian konstateras att det – i vart fall i vissa delar av landet – har skett en snabb utveckling mot att lägga ut landstingets uppgifter inom primärvården på entreprenad. I promemorian konstateras vidare att konsekvensen av detta enligt tämligen samstämmiga uppgifter som har inkommit till utredningen blivit att det ibland uppstått stora svårigheter att leva upp till lagens krav på att det ska vara en läkare i allmän tjänst som ska fatta ett beslut om att någon ska omhändertas för en undersökning för vårdintyg enligt LPT. Vidare anförs att dessa svårigheter i några fall t.o.m., vilket naturligtvis inte är hållbart på sikt, lett till att man av-

¹ Prop. 2004/05:89.

² Ds 2003:30.

³ Prop. 2004/05:89 s.14f, 28.

⁴ JO 2001/02 s. 252.

⁵ Prop. 2004/05:89, s. 15–16, 28.

siktligt eller oavsiktligt kringgått bestämmelsen⁶. Mot den bakgrunden föreslogs i promemorian att den krets av läkare som skulle kunna fatta sådana beslut borde utökas. Därvid övervägdes tre olika alternativa lösningar. Efter att ha övervägt skälen för och emot de olika lösningarna föreslog utredaren att man skulle behålla kravet på allmän tjänst men komplettera bestämmelsen så att också privat verksamma läkare som utan att delta i landstingets verksamhet arbetar på uppdrag av landstinget skulle få behörighet att meddela beslut av nu berört slag. En förutsättning för detta skulle vara att i avtalet med landstinget ingick att utföra undersökningar för vårdintyg⁷. Regeringen anslöt sig till detta förslag, vilket för övrigt också vann brett stöd hos remissinstanserna⁸. En bestämmelse med detta innehåll som trädde i kraft den 1 juli 2005 har också införts i 4 § andra stycket LPT.

För att undvika att motsvarande situation som den som beskrivits i den ovan angivna departementspromemorian ska kunna uppstå när det gäller tillämpningen av denna lag, anser jag att det bör införas en möjlighet för vissa läkare som inte är i allmän tjänst att fatta beslut enligt lagen. När det gäller frågan om vilken läkare som kan anses vara i allmän tjänst utgår jag från, vilken bedömning jag också anser riktig och rimlig, samma bedömning som gjorts i förarbetena till den ovan angivna ändringen i 4 § LPT.

Enligt min mening är det lämpligt att gränsen för vilka privatpraktiserande läkare som ska ges sådan behörighet dras på samma sätt som har skett i 4 § LPT. Det ska således krävas att det av ett avtal med landstinget framgår att läkaren har behörighet att besluta i dessa frågor. Ett sådant avtal med landstinget kan följa antingen av att läkaren själv har ingått avtalet, om han eller hon inte kan anses tillhöra kategorin osjälvständiga uppdragstagare som deltar i landstingets verksamhet, eller att läkaren är anställd hos en vårdgivare eller ett bemanningsföretag som har ett avtal som innehåller en sådan överenskommelse⁹.

⁶ Ds 2003:30 s.131f.

⁷ Ds 2003:30 s. 132 ff.

⁸ Prop. 2004/05:89 s. 16–18)

⁹ Jfr prop. 2004/05:89 s. 28.

13.8 En god man ska bevaka patientens intressen och rättigheter

När en PAL är utsedd ska denna informera patientens gode man, om denne har en sådan utsedd, om den aktuella situationen och vilka regler som gäller så att den gode mannen utan fördröjning ska kunna bevaka patientens intressen och rättigheter i den fortsatta processen. Om en patient saknar god man ska PAL snarast anmäla detta till överförmyndaren, så att en god man snabbt kan utses. Jag föreslår dessutom att PAL ska anmäla även de fall då det redan finns en god man för att ge överförmyndaren möjlighet att vid behov ersätta denne med en annan god man som har bättre förutsättningar för att företräda patienten i frågor som gäller hälso- och sjukvård.

En god man ska ha förordnats innan ett slutligt beslut kan fattas om medicinsk behandling med tvång. Jag bedömer att detta är självklart med tanke på att det gäller synnerligen ingripande åtgärder för en grupp patienter som saknar förutsättningar för att bevaka sina egna intressen. Jag anser dock att tillfälliga beslut, som ska kunna fattas när patientens hälsotillstånd kräver att behandling påbörjas omedelbart, måste kunna fattas innan en god man är utsedd. Jag beskriver förutsättningarna för tillfälliga och slutliga beslut i nästa avsnitt.

Tillgången på gode män som har förutsättningar för att kunna bevaka sina huvudmäns intressen och rättigheter i frågor som denna lag behandlar, liksom möjligheterna att snabbt hitta och utse sådana gode män, är avgörande faktorer för att kunna införa och tillämpa lagförslaget. De gode männen är således en nyckelgrupp i sammanhanget och bör prioriteras vid informations- och utbildningsåtgärder liksom vid utvärderingen av hur lagförslaget fungerar.

Några överförmyndare har anfört att det ibland kan ta någon eller några månader att utse en god man. Faktorer som fördröjer processen kan vara dels problemet att hitta någon lämplig person, dels problem i handläggningen som ofullständig ansökan, inaktuellt läkarintyg samt att närståendes underskrifter saknas. Processen omfattar dessutom två myndigheter som ska kommunicera med varandra i ärendet – överförmyndaren som bereder ansökan och tingsrätten som formellt utser den gode mannen.

De informationer jag fått under utredningsarbetet tyder dock på att de allra flesta personer, som kan bli aktuella för medicinsk

behandling med tvång, sannolikt redan har en god man på grund av andra behov som naturligt följer av demenssjukdomen. Jag bedömer dessutom att kommunerna bör ha goda förutsättningar att inför lagens ikraftträdande identifiera övriga berörda personer och utse gode män för dem. En klar majoritet av de gode männen är närstående till patienten. Jag anser att det i många fall är lämpligt och ändamålsenligt att i första hand rekrytera nya gode män inom patientens familj eller bland övriga närstående.

Förmyndarskapsutredningen har föreslagit att överförmyndaren ensam ska kunna besluta att utse en god man i särskilt brådskande fall (avsnitt 12.14). Ett sådant beslut av överförmyndaren ska anmälas till tingsrätten. Detta förslag har, som framgått, mycket stor betydelse för att de föreslagna lagreglerna om medicinsk behandling med tvång ska kunna tillämpas så rättssäkert som möjligt. Det är därför angeläget att förmyndarskapsutredningens förslag i detta avseende genomförs.

13.9 PAL beslutar om att medicinsk behandling får ges med tvång

Det ska vara PAL som utifrån sitt yrkesansvar beslutar om att tvång får användas för att genomföra den medicinska behandlingen. En grundförutsättning för medicinsk behandling med tvång är att patientens hälsotillstånd annars riskerar att allvarligt försämrats på kort eller lite längre sikt. Med allvarligt försämrat hälsotillstånd avses här livshotande tillstånd som t.ex. akut hjärtsjukdom eller akuta diabetesproblem som kan leda till medvetslöshet men även tillstånd som på lite längre sikt kan leda till att patienten får bestående och svåra medicinska besvär.

PALs första uppgift blir att ta ställning till hur lagen ska tillämpas i förhållande till den enskilde patientens aktuella sjukdomstillstånd. Det får enligt ovan förutsättas att detta inte är så akut att nödreglerna i brottsbalken måste utnyttjas, utan att den föreslagna lagen kan tillämpas. Frågan blir då om patientens hälsotillstånd kräver ett tillfälligt beslut om medicinska åtgärder med tvång i avvaktan på en sådan fullständig utredning som krävs för ett slutligt beslut.

Förutsättningar för att PAL ska kunna fatta ett tillfälligt beslut ska vara

- att patientens hälsotillstånd riskerar att allvarligt försämrans om inte den medicinska behandling, som han motsätter sig, snabbt kan påbörjas eller fullföljas och
- att det måste antas att patienten ingår i lagens personkrets.

Enligt uppgifter från specialister på demenssjukdomar finns för här berörda patienter i många fall en demensdiagnos dokumenterad och lätt tillgänglig i patientens journaler. Enligt samma specialister är det som regel inte heller någon omfattande eller tidskrävande uppgift att utreda och intyga 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. Jag bedömer därför att det sällan kommer att behövas tillfälliga beslut på grund av att det saknas underlag för att fastställa att patienten ingår i lagens personkrets. Däremot kan det givetvis förekomma att tillfälliga beslut måste fattas därför att god man inte har förordnats eller för att övrig utredning som ska ligga till grund för slutliga beslut ännu inte finns.

Trycksår eller sår på fötterna kan anges som exempel på sjukdomstillstånd som i vissa situationer skulle kunna motivera ett tillfälligt beslut. Dessa är vanliga inom den kommunala sjukvården och är normalt inte livshotande om de behandlas. Patienter som vägrar behandling försämrans dock som regel. Försämringen kan gå relativt snabbt och resultera i kallbrand som med risk för blodförgiftning är ett akut och direkt livshotande tillstånd.

I andra fall när en patient måste antas ingå i personkretsen, men det saknas övrig utredning, kommer det inte att behövas något tillfälligt beslut därför att patientens sjukdomstillstånd inte kräver det. Så kan t.ex. vara fallet för en patient med kronisk hjärtsvikt som vägrar behandling. Försämringen går då som regel långsammare med ökad vikt och andningssvårigheter som följd. Patienten mår sämre utan den medicinska behandlingen, men tillståndet är inte livshotande och demensutredningen och övrig utredning kan avvaktas.

Jag vill betona att varje enskilt fall givetvis kräver en egen bedömning och avvägning mellan medicinska, etiska och andra hänsyn. Jag har valt exemplen ovan mest med syftet att kunna redovisa tankarna bakom lagen mer konkret.

Jag föreslår att ett tillfälligt beslut ska gälla i fyra veckor, under vilken tid PAL ska utreda om patienten har nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom och om övriga villkor föreligger för

medicinsk behandling med tvång. Om PAL får problem att klara detta, kan han före fyra veckorsperiodens utgång själv besluta att förlänga tiden med ytterligare två veckor och notera det i journalen. Jag tror dock att den möjligheten ytterst sällan kommer att behöva utnyttjas. Om ett slutligt beslut inte fattats inom dessa tidsgränser faller det tillfälliga beslutet och den medicinska behandling som genomförs med tvång måste upphöra omedelbart.

Giltighetstiden för ett slutligt beslut om medicinsk behandling med tvång bör anpassas till det faktum att patienter i personkretsen ofta lider av kroniska och långvariga sjukdomstillstånd. Jag anser därför att ett slutligt beslut ska gälla i tre månader och att det kan förlängas med som längst tre månader i taget så länge tvångsbehandlingen kan motiveras enligt lagen. PAL ska givetvis fortsättningsvis överväga om tvånget behövs och, om så ej är fallet, upphäva beslutet.

13.10 Ska beslut om att använda tvång vid medicinsk behandling kunna överklagas?

13.10.1 En patient ska kunna överklaga ett beslut om att tvång får användas vid medicinsk behandling

PALs beslut innebär att någon form av tvång ska vara möjligt att tillgripa för att genomföra en viss medicinsk behandling. En fråga som då aktualiseras är om läkarens beslut att använda tvång ska vara möjligt att överklaga.

Som jag anfört i mina inledande kommentarer (avsnitt 1.2.3) är detta en komplex och principiellt viktig fråga som rör fler patientgrupper med nedsatt beslutsförmåga och fler verksamhets- och driftsformer än vad som omfattas av mitt uppdrag. Det finns därför anledning att i ett annat sammanhang mer övergripande och samlat belysa olika rättsliga, medicinska, administrativa och etiska problem som aktualiseras i samband med tvångsanvändning vid genomförande av medicinsk behandling.

Någon motsvarande rätt att överklaga beslut om en viss medicinsk behandling som läkare fattat inom ramen för sitt yrkesansvar finns inte i gällande lagstiftning. Utanför tillämpningsområdet för lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) saknas det i princip lagstöd för tvång och andra frihetsbegränsningar i vården av icke beslutskompetenta vuxna, bortsett från de undantagssituatio-

ner som kan anses falla under brottsbalkens allmänna nödregler. I LPT finns en rätt att överklaga en läkares beslut om tvångsvård som sådan. Det finns däremot i princip ingen rätt att överklaga läkares beslut om en specifik medicinsk behandling med tvång inom ramen för tvångsvården. I detta betänkande diskuteras en rätt att överklaga beslut om tvångsanvändning i samband med medicinsk behandling och det innebär i så fall en ny rättslig situation.

Självfallet är det ett allvarligt ingrepp i en persons integritet att bli föremål för denna typ av tvång och det talar givetvis för en möjlighet till överklagande. Samtidigt ser jag stora svårigheter för en domstol att kunna göra en självständig bedömning av om tvånget är godtagbart. Det ter sig mycket svårt att bedöma riktigheten i att tillgripa tvång utan att väga det mot vikten av att den aktuella behandlingen sker. Ju större risken är för allvarliga eller kanske livshotande följder vid utebliven behandling desto starkare är skälen för att man får använda tvång. Än mera utpräglad blir problematiken då det är fråga om behandling som är direkt livsuppehållande. En person som har en egen beslutsförmåga kan ta ställning till om en livsuppehållande behandling ska fortsätta eller ej. De personer som berörs av mina förslag saknar denna förmåga och läkares bedömning är att tvång kan behöva tillgripas.

Jag har övervägt möjligheten att, istället för en rätt för patienten att överklaga tvångsbeslutet till domstol, införa en obligatorisk skyldighet för läkaren att inhämta en "second opinion".

Men trots svårigheterna för domstolen att bedöma PALs beslut och trots möjligheten att förstärka patientens skydd med en obligatorisk second opinion, anser jag av rättsligt principiella skäl att det måste finnas en möjlighet att överklaga beslut om att tvång får användas för att genomföra en viss medicinsk behandling. En obligatorisk second opinion kan enligt min uppfattning inte ersätta en rättslig prövning av om tvång är motiverat eller inte.

Domstolens prövning ska omfatta frågan om det är försvarligt att använda tvång för att genomföra den medicinska behandlingen. Frågan om tvånget är nödvändigt kan inte särskiljas från frågan om den planerade behandlingens angelägenhetsgrad. Domstolen ska inte uttala sig om en viss medicinsk behandling eller ett visst läkemedel ska väljas före ett annat – utan domstolens huvudsakliga prövning ska avse om syftet med behandlingen, så som den beslutande läkaren har uppgivit det, motiverar att tvång används. Med tanke på att, som jag anförde i avsnitt 13.5, lagen avser att reglera tvång i medicinsk behandling på särskilda boenden inom

ramen för kommunens sjukvårdsansvar – och inte i primärvård eller specialistsjukvård – bedömer jag att det mycket sällan kommer att uppstå tveksamhet i domstolen om en beslutad medicinsk behandling är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet eller inte.

Jag är väl medveten om att de nu aktuella frågorna kan tangera t.ex. frågor om vård i livets slutskede. Det är också uppenbart att det för en god man – som ofta är en familjemedlem eller nära anhörig – är ett svårt ställningstagande att för den enskildes räkning överklaga att en viss medicinsk behandling kan ges med tvång. Detta talar för att antalet överklaganden kommer att bli mycket begränsat.

Ståndpunkten att läkarens beslut ska kunna överklagas stämmer överens med det som gäller för tvångslagstiftning inom hälso- och sjukvård (LPT). När det gäller tvångslagstiftning inom socialtjänsten (LVU och LVM) är läkarens utlåtande ett underlag bland flera vid nämndens ställningstagande om att ansöka om vård respektive vid domstolens prövning av en ansökan eller ett överklagande.

Att använda tvång för att genomföra en medicinsk behandling innebär ett allvarligt ingrepp i den personliga integriteten. Det är därför enligt min mening självklart att det inte ska krävas prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten av sådana mål.

13.10.2 PAL ska inte kunna överklaga länsrättens beslut

Av 33 § andra stycket LPT framgår att chefsöverläkaren inte får överklaga ett beslut av länsrätten enligt den lagen. Chefsöverläkaren är således, vilket är ett undantag från bestämmelsen om tvåpartsprocess i 7 a § förvaltningsprocesslagen (1971:291), inte part i ett överklagandemål i domstolen. I förarbetena till LPT¹⁰ anfördes som skäl för detta

Det som talar mot att chefsöverläkaren skall få ställning som motpart är att det är av största vikt att patienten och chefsöverläkaren har ett bra förhållande till varandra. Chefsöverläkarens främsta uppgift är att försöka få patienten frisk så snart som möjligt och det är viktigt att patienten har förtroende för honom. Det faktum att chefsöverläkaren inför domstolen direkt framställs som patientens motpart kan skada förtroendet och samarbetet dem emellan. Det vore enligt regeringens mening mycket olyckligt om den förtroendefulla relationen mellan läkare och patient (- - -) ytterligare skulle försvåras.

¹⁰ 1990/2000:44 s. 107).

De personer, för vilka den patientansvarige läkaren beslutar om att tvång får användas för att genomföra en viss medicinsk behandling, kommer till följd av sitt hälsotillstånd att ha nedsatt beslutsförmåga. Trots att så är fallet kan det inte med säkerhet sägas att det inte finns en risk för att den enskildes förtroende för den patientansvarige läkaren inte kan skadas om läkaren i en domstolsprocess blir den enskildes motpart och därigenom får behörighet att överklaga ett beslut av domstol. Mot den bakgrunden anser jag inte att det finns skäl att frångå den ordning som gäller beträffande chefsöverläkarens ställning i mål enligt LPT. Den patientansvarige läkaren ska därför inte vara den enskildes motpart i ett mål gällande medicinska tvångsåtgärder enligt den av mig föreslagna lagen. Av detta följer också att den patientansvarige läkaren inte ska kunna överklaga länsrättens beslut i ett sådant mål.

13.11 Krav på utredning vid medicinsk behandling med tvång

Ett beslut om att en viss medicinsk behandling enligt denna lag ska kunna genomföras med tvång förutsätter noggrann utredning. Av PALs utredning inför ett slutligt beslut ska framgå

- att patienten ingår i lagens personkrets,
- att patienten motsätter sig eller ger uttryck för att motsätta sig den medicinska behandlingen,
- vilka tidigare försök som gjorts för att undvika tvångsåtgärden,
- konsekvenserna om den medicinska behandlingen inte ges,
- hur de negativa effekterna av en tvångsåtgärd kan minimeras och hur denna åtgärd på sikt kan ersättas med en mindre ingripande åtgärd samt
- hur patientens närstående och den gode mannen informerats samt deras synpunkter.

Liksom för mina övriga föreslagna tvångs- och begränsningsåtgärder gäller att medicinsk behandling med tvång endast ska kunna ges när andra frivilliga och mindre ingripande åtgärder antingen har prövats eller noggrant övervägts. Jag har i avsnitt 13.1 redovisat min uppfattning att en erfaren och kunnig personal är en viktig förutsättning för att tvång i samband med medicinsk behandling ska kunna begränsas till situationer när det är absolut nödvändigt. Jag bedömer också att det resonemang jag för i

avsnitt 11.6.6, om hur personalen kan fullfölja nödvändig omvårdnad trots att personen gör motstånd, gäller också här.

Jag rekommenderar också att PAL inhämtar en ”second opinion” på sin medicinska bedömning och övriga avvägningar, dvs. ett självständigt utlåtande av ytterligare en läkare eller en annan kvalificerad person inom sjukvården med i sammanhanget adekvat utbildning och erfarenhet. Ett sådant system föreslås i den proposition¹¹ om sjukvård till personer utan samtyckeskompetens som det norska helse- och omsorgsdepartementet nyligen skickat till stortinget (avsnitt 2.2).

13.12 Krav på dokumentation och rapportering vid medicinsk behandling med tvång

Jag föreslår att PAL utförligt ska dokumentera sitt ställningsstagande i patientjournalen. Av dokumentationen ska framgå PALs beslut liksom underlag och bedömningar i utredningen som beslutet grundar sig på, dvs. den medicinska riskanalysen av konsekvenser av utebliven behandling, vilka försök som gjorts att t. ex. ge medicin öppet och utan tvång och om alternativa läkemedel eller beredningsformer övervägts. Närståendes och god mans inställning till åtgärden samt innehållet i en eventuell ”second opinion” ska också framgå.

Då beslut om användande av tvång är möjliga att överklaga blir bestämmelserna i 14–30 §§ i förvaltningslagen (FL) tillämpliga. Det innebär t.ex. att bestämmelserna om kommunikering (17 §), motivering (20 §) och underrättelse (21 §) ska tillämpas i samband med att PAL fattar sitt beslut. Detta kommer även att gälla vid omprövning och eventuell förlängning av beslut. Denna noggranna dokumentation av alla åtgärder är också av största vikt bl.a. för att underlätta för Socialstyrelsens tillsyn och för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds (HSAN) beslut i ansvarsfrågan efter en eventuell anmälan. Jag föreslår också att PAL ska lämna uppgifter om alla beslut som fattats enligt lagen till Socialstyrelsen och att Socialstyrelsen i föreskrifter närmare får ange hur det ska gå till.

Jag föreslår, som en ytterligare åtgärd för att stärka rättsskyddet och patientsäkerheten, en skyldighet för PAL att rapportera beslut om medicinsk behandling inklusive medicinering med tvång till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan samt till socialnämnden.

¹¹ Ot.prp.nr.64/2005–2006: Om lov om endringer i pasientrettslova og biobankslova.

För att kunna kontrollera hur ofta en beslutad tvångsåtgärd används ska detta antecknas i den journal som förs inom kommunens hälso- och sjukvård.

Mina förslag om hur lagstiftningen ska utvärderas bl.a. med hjälp av nationell officiell statistik behandlas i avsnitt 16.2.

13.13 All medicinering med tvång ska ske för patientens bästa

Jag har tidigare (avsnitt 5.6) kommenterat att medicinering också kan fungera som en tvångs- eller begränsningsåtgärd. I avsnitt 11.6 och i detta kapitel har jag redovisat vilka åtgärder som jag anser ska vara tillåtna och under vilka förutsättningar de får användas. Gemensamt för alla dessa åtgärder är att de får vidtas för att på ett eller annat sätt skydda den beslutet avser eller någon annan mot allvarlig skada. En medicinering som vidtas i annat syfte – t.ex. för att undvika irritation hos andra boenden, minska arbetet för personal eller minska behovet av personal – uppfyller inte dessa krav. Det måste därför anses grundläggande att medicinering som sker i dessa eller liknande syften inte ska tillåtas.

Min principiella uppfattning är därför att det inte är försvarbart att ge lugnande eller sövande mediciner till personer med nedsatt beslutsförmåga, som t.ex. uppvisar s.k. skrik- eller vandringsbeteenden, om det primära syftet med medicineringen inte är patientens eget bästa. Att lagstifta på detta område som rör grannliga medicinska bedömningar, och som aktualiseras på ett flertal områden som inte omfattas av mitt uppdrag, anser jag dock inte vare sig lämpligt eller möjligt att göra med tillräcklig grad av konkretion i detta betänkande.

14 Överväganden och förslag om sekretess och tystnadsplikt

Mina förslag:

- Sekretess enligt 7 kap. 1 c § sekretesslagen ska inte gälla för beslut om medicinska tvångsåtgärder enligt förslaget till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall.
- Verksamhet enligt förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall ska anses utgöra socialtjänst enligt 7 kap. 4 § sekretesslagen.
- Sekretess enligt 7 kap. 4 § sekretesslagen ska inte gälla för beslut om tvångs- eller begränsningsåtgärder enligt förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall.
- Den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser åtgärder enligt förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall får inte obehörigen röja vad han eller hon i denna verksamhet har fått veta om en enskilds personliga förhållanden.
- Sekretessen enligt 7 kap. 1 c § och 4 § första och tredje sekretesslagen ska inte hindra att uppgifter om enskild som behövs för ställningstagande i frågor gällande tvångsåtgärder enligt förslagen till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall och lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet eller till enskild vårdgivare eller enskild verksamhet på socialtjänstens område.
- Meddelarfrihet ska inte gälla för annan uppgift än beslut rörande tvångs- och begränsningsåtgärder enligt förslagen till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall och lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall.

Mina bedömningar:

- Verksamhet enligt förslaget till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall inom den enskilda hälso- och sjukvården omfattas av 2 kap. 8 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

14.1 Sekretess inom den offentliga hälso- och sjukvården

Som redogjorts för under avsnitt 3.18.2 gäller sekretess enligt 7 kap. 1 c § sekretesslagen, om inte annat följer av 2 §, 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. Uppgifter om den enskilde gällande tvångsåtgärder vid medicinsk behandling omfattas givetvis av denna paragraf.

I 7 kap. 2 § sekretesslagen föreskrivs vissa undantag från hälso- och sjukvårdssekretessen. Undantagen gäller främst vissa beslut som avser myndighetsutövning mot enskilda. Enligt första punkten i paragrafen gäller inte sekretess för beslut i ärenden enligt lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård, om beslutet angår en frihetsberövande åtgärd. Inte heller gäller enligt andra punkten sekretess för beslut enligt smittskyddslagen (2004:168), om beslutet angår en frihetsberövande åtgärd. Att besluten är undantagna från sekretessen innebär att bara sådana uppgifter som tas in i ett beslut är offentliga. För övriga uppgifter gäller sekretessen enligt 7 kap. 1 c § sekretesslagen. Undantaget från sekretess gäller således även de skäl som intagits i beslutet, men däremot inte för uppgifter i de bakomliggande handlingarna¹.

Ett beslut om att en viss behandling får genomföras med tvång eller på något annat sätt för att undvika tvång utgör ett allvarligt ingrepp i den enskildes integritet. Ett sådant beslut torde med hänsyn till den personkrets som lagen ska omfatta normalt komma att behöva gälla under en längre tid. Med hänsyn till detta och då lagen gäller för personer som inte själva kan föra sin talan anser jag att det av rättssäkerhetsskäl är av stor vikt att beslut enligt lagen gällande medicinsk behandling kan bli föremål för offentlig insyn.

¹ Prop. 1991/92:59 s. 30, prop. 2003/04:30 s. 252.

Mot den bakgrunden anser jag att sådana beslut ska undantas från sekretessen i 7 kap. 1 c § sekretesslagen.

Som anförts i föregående stycke utgör frågor gällande medicinsk behandling med tvång ett allvarligt ingrepp i den enskildes integritet. Jag anser därför att meddelarfrihet enligt 16 kap. sekretesslagen inte ska gälla för annan uppgift än beslut gällande tvång vid medicinsk behandling enligt lagen.

14.2 Sekretess inom den offentliga socialtjänsten

Som redogjorts för under avsnitt 3.18.2 gäller enligt 7 kap. 4 § sekretesslagen sekretess inom socialtjänsten för uppgift om enskildas personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Med socialtjänst avses verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst, dvs. socialtjänstlagen. Även verksamhet enligt LVU och LVM räknas hit. Med socialtjänst jämsställs också verksamhet enligt LSS.

För att en tvångs- eller begränsningsåtgärd enligt lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall ska kunna vidtas krävs, förutom att den berörde till följd av en demenssjukdom har nedsatt beslutsförmåga, att han eller hon beviljats visst bistånd enligt socialtjänstlagen eller vissa insatser enligt LSS. I ett avseende krävs dock inte att den enskilde beviljats ett sådant bistånd eller en sådan insats. Undantaget härifrån gäller möjligheten att flytta någon till ett särskilt boende trots att denne ger uttryck för att motsätta sig flyttningen. Om ett sådant beslut om flyttning har meddelats får, trots att den enskilde inte beviljats något bistånd enligt socialtjänstlagen eller någon insats enligt LSS, även de övriga i lagen angivna åtgärderna vidtas om så bedöms nödvändigt. För att så ska kunna ske krävs det att ett särskilt beslut om detta meddelas.

En tvångs- eller begränsningsåtgärd enligt förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall kommer, utom i det angivna undantagsfallet, att utgöra åtgärder som vidtas inom ramen för beviljade insatser inom socialtjänstlagen eller LSS. Mot den bakgrunden anser jag det självklart att också verksamhet enligt denna lagstiftning ska omfattas av sekretessen i 7 kap. 4 § sekretesslagen. Även det angivna undantagsfallet ska

givetvis omfattas av 7 kap. 4 § sekretesslagen, då en sådan åtgärd vidtas inom socialtjänstens ansvarsområde.

Det kan, då förslaget möjliggör användande av tvång såväl inom verksamhet enligt socialtjänstlagen som LSS, diskuteras om verksamheten ska anses utgöra socialtjänst eller jämföras med socialtjänst. Eftersom förslaget omfattar verksamhet enligt socialtjänstlagen, anser jag det mest naturliga vara att verksamhet enligt lagen får anses utgöra socialtjänst. Huvudtillämpningsområdet för lagen kommer som framgår av vad som tidigare anförts också att vara verksamhet inom socialtjänstlagens område.

När det gäller förslaget till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling föreslår jag, som framgår av föregående avsnitt, att sekretess inte ska gälla för beslut om användande av tvång vid medicinsk behandling. Av samma skäl som där anförts anser jag att sekretess inte heller ska gälla för beslut gällande tvångs- och begränsningsåtgärder enligt förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall.

Som anförts i föregående avsnitt utgör frågor gällande medicinsk behandling med tvång ett allvarligt ingrepp i den enskildes integritet. Detsamma gäller för frågor om användande av tvångs- eller begränsningsåtgärden med stöd av förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall. Mot den bakgrunden anser jag meddelarfrihet enligt 16 kap. sekretesslagen inte heller bör gälla för andra uppgifter än beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder enligt den lagen.

14.3 Tystnadsplikt i enskild verksamhet

Sekretesslagen gäller inte utanför den offentliga verksamheten (se avsnitt 3.18.2). När det gäller den enskilda hälso- och sjukvården och yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser insatser enligt socialtjänstlagen och LSS, finns särskilda bestämmelser om tystnadsplikt för den som är eller har varit verksam inom dessa områden. Av bestämmelserna framgår att personal inom sådan verksamhet inte obehörigen får röja uppgifter gällande den enskilde (se avsnitt 3.18.3).

Som anförts i föregående avsnitt kommer tvångs- och begränsningsåtgärder enligt förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall att som huvudregel vidtas inom ramen för beviljade insatser enligt socialtjänstlagen eller LSS.

Bestämmelserna om tystnadsplikt i 15 kap. 1 § socialtjänstlagen respektive 29 § LSS avser insatser enligt dessa lagar. Det kan diskuteras om en tvångs- eller begränsningsåtgärd, där det finns ett beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen eller insats enligt LSS, kan anses utgöra en insats enligt dessa lagar. Enligt min bedömning kan dock så inte anses vara fallet. När det gäller frågan om att med tvång flytta någon, som inte har beviljats stöd enligt socialtjänstlagen eller LSS, till ett särskilt boende framstår det enligt min uppfattning som helt klart att en sådan åtgärd inte kan anses utgöra en insats enligt ifrågavarande lagstiftningar. Givetvis måste tystnadsplikt också gälla för en enskilds personliga förhållanden när det gäller åtgärder som enligt förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall vidtas inom yrkesmässigt enskilt bedriven verksamhet. Mot den bakgrunden behöver det införas en sådan bestämmelse. Det är enligt min uppfattning lämpligt att denna bestämmelse införs i förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall.

När det sedan gäller medicinsk behandling som, med stöd av förslaget till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall, ska kunna ske med tvång inom den enskilda hälso- och sjukvården omfattas enligt min mening av tystnadsplikten i 2 kap. 8 § lagen om (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS. En ny bestämmelse om tystnadsplikt behöver därför inte införas inom detta område.

14.4 Uppgiftsutbyte mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst

När det gäller handläggningen av ärenden samt verkställighet och uppföljning av meddelade beslut enligt mina förslag kommer det att behöva utbytas uppgifter mellan myndigheter inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Samma behov av uppgiftsutbyte kommer att uppstå mellan myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Som anförts under avsnitt 3.18.1 utgör i en kommunal nämndorganisation varje nämnd och dess underlydande förvaltning en egen myndighet i sekretesslagens mening. Sekretess gäller också mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet, när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra (1 kap. 3 § andra stycket sekretesslagen).

När det gäller verkställigheten av ett beslut om att tvång får användas och det beslutande organets skyldighet att följa upp om ett sådant beslut fortfarande behövs kommer det vidare, då tvång även ska kunna användas inom enskild verksamhet, självfallet också att behöva utbytas uppgifter mellan en myndighet och en sådan enskild verksamhet.

Uppgifter om enskilda inom såväl den offentliga hälso- och sjukvården som socialtjänsten är sekretessreglerade med ett omvänt skaderekvisit. Båda områdena är också undantagna från den s.k. generalklausulens tillämpningsområde (se avsnitt 3.18.2). Detta innebär att det inte finns något generellt undantag från huvudregeln om att uppgiften inte får lämnas ut om det inte står klart att den kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Det kan dock finnas andra begränsningar i sekretessen i form av uppgiftsskyldighet (jfr 14 kap. 1 § sekretesslagen) eller andra undantag från sekretessen t.ex. 14 kap. 2 § sekretesslagen. Någon bestämmelse med ett sådant innehåll som är tillämplig inom förevarande område finns emellertid inte. För ifrågavarande verksamheter blir ett uppgiftslämnande i princip därför beroende av den enskildes samtycke. När det gäller den personkrets som mitt uppdrag omfattar kommer således problem att uppstå, då samtycke normalt inte torde kunna komma att inhämtas, trots att den myndighet som efterfrågar uppgiften har behov av den för att kunna ta ställning i en fråga om tvång enligt de av mig föreslagna lagstiftningarna ska få användas.

Detta är självfallet inte en tillfredsställande situation. Mot den bakgrunden anser jag att ytterligare undantag bör göras från sekretessen när det gäller uppgiftsutbyte på vård- och omsorgsområdet såvitt avser det område som mitt uppdrag omfattar.

Jag anser det lämpligt att en sådan bestämmelse utformas med 14 kap. 2 § nionde stycket sekretesslagen som förebild. I denna bestämmelse, som gäller underåriga, missbrukare och gravida, anges att sekretess enligt 7 kap. 1 § c och 4 § första och tredje styckena sekretesslagen inte hindrar att uppgift om enskilda lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet, om det behövs för att den enskilde ska få nödvändig vård, behandling eller annat stöd, eller i fråga om gravida om utlämnande av uppgift behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet. Som jag anfört tidigare kan det vad gäller det område som mina förslag omfattar komma att finnas behov för en myndighet att lämna uppgifter till en enskild vårdgivare eller

enskild verksamhet inom socialtjänsten. Undantaget från sekretessen enligt den nu föreslagna bestämmelsen bör därför också gälla när uppgift lämnas till enskild vårdgivare eller till enskild verksamhet på socialtjänstens område. I sammanhanget är här enligt min uppfattning av intresse att Offentlighets- och sekretesskommittén (SOU 2003:99) har föreslagit att bestämmelsen i 14 kap. 2 § nionde stycket ska utvidgas till att gälla alla som inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område är i behov av nödvändig vård, omsorg, behandling eller stöd. Offentlighets- och sekretesskommittén föreslår vidare att uppgifter under samma förutsättningar ska kunna lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till en enskild vårdgivare eller enskild verksamhet på socialtjänstens område. Kommittén föreslår också att sekretess inte ska gälla mellan verksamheter av samma slag inom en kommun, även om verksamheterna handhas av olika nämnder. Det föreslås också att sekretessgränserna inom nämnderna ska ändras. I stället för att sekretess ska gälla i förhållandet mellan olika verksamhetsgrenar, ska sekretess inom nämnderna gälla i förhållandet mellan verksamheter som är av olika slag. Kommitténs förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Den nu föreslagna bestämmelsen utgör en inskränkning i det sekretesskydd som den enskilde åtnjuter enligt sekretesslagen. Det är därför självfallet så att bestämmelsen måste användas med urskillning och varsamhet. Bestämmelsen bör därför endast användas när det verkligen är nödvändigt för kunna ta ställning till frågor gällande användande av tvång enligt de av mig föreslagna lagstiftningarna (jfr vad som anfördes i förarbetena till 14 kap. 2 § nionde stycket, prop. 1990/91:111 s. 41). Är det inte fråga om en situation då det verkligen är nödvändigt att uppgiften lämnas ut för att kunna ta ställning till frågor om användande av tvång gäller det omvända skaderekvisitet alltjämt.

Som tidigare angivits gäller sekretesslagen inte utanför den offentliga verksamheten. Däremot finns när det gäller den enskilda hälso- och sjukvården (se avsnitt 14.3) bestämmelser om tystnadsplikt i 2 kap. 8 § LYHS. Enligt vad som där anges får sådan personal inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om enskilds hälsotillstånd. Enligt vad jag tidigare anført anser jag att denna bestämmelse också omfattar uppgifter gällande en enskild angående medicinsk behandling med stöd av förslaget till lag om tvångsätgärder vid medicinsk behandling i vissa fall (se avsnitt 14.3). I det nyss nämnda avsnittet föreslår jag däremot att

det i förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall ska införas en bestämmelse som föreskriver att den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser åtgärder enligt detta förslag inte obehörigen får röja uppgift om enskilds personliga förhållanden.

Vid tolkningen av obehörighetsrekvisitet har det tidigare ansetts naturligt att söka ledning i sekretesslagens bestämmelser². Det har därmed ansetts föreligga en nära överensstämmelse mellan tystnadsplikten för offentliga funktionärer och tystnadsplikten för vård- och socialtjänstpersonal i enskild tjänst. Mot den bakgrunden bör uppgifter som behövs för att en bedömning ska kunna göras gällande frågor om användande av tvång enligt de av mig föreslagna lagstiftningarna kunna lämnas från enskild verksamhet utan att tystnadsplikten hindrar det³.

² Prop. 1980/81:28 s. 23 och prop. 1981/82:186 s. 26, se även SOU 2003:99 s. 295 och 299.

³ Jfr SOU 2003:99 s. 299.

15 Europakonventionen om mänskliga rättigheter innebär inget hinder mot mina förslag

Min bedömning:

Europakonventionen utgör inte något hinder mot att i lag beskriva att åtgärder som medför inskränkningar i den enskildes integritet och möjlighet att röra sig fritt får användas mot personer som lider av demenssjukdom.

Enligt direktiven ska jag analysera om regeringsformens hänvisning till Europakonventionen om mänskliga rättigheter (2 kap. 23 RF) ger utrymme för en tvångslagstiftning beträffande den persongrupp som mina förslag föreslås omfatta. I analysen ska bl.a. redovisas om begreppet psykisk sjukdom (psykisk störning enligt direktiven) i Europakonventionen kan anses omfatta denna persongrupp.

Som framgår av tidigare kapitel anser jag att det behövs lagstiftning som ger tillåtelse att under vissa förutsättningar använda sig av ett antal särskilt angivna tvångs- och begränsningsåtgärder. Vidare framgår att denna lagstiftning föreslås gälla för personer som till följd av en demenssjukdom har nedsatt beslutsförmåga och därför saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den åtgärd som övervägs ska få användas.

De tvångs- och begränsningsåtgärder som enligt vad jag föreslår ska kunna få användas utgör otvivelaktigt ett ingrepp i den enskildes fysiska integritet. Vissa av de föreslagna åtgärderna medför även att den enskilde får anses frihetsberövad. Europakonventionen innebär inte något totalförbud mot att använda sig av sådana tvångs- och begränsningsåtgärder som jag föreslår. Däremot uppställs i konventionen vissa kriterier som måste vara uppfyllda för att åtgärderna inte ska anses strida mot den. Av intresse för mina förslag är framför allt artikel 5 och 8, men även artikel 3 och artikel 2 i det fjärde tilläggsprotokollet till konventionen måste beaktas. Jag har i avsnitt 3.19.1 lämnat en redogörelse för innehållet i dessa artiklar. Av denna redovisning framgår bl.a. att en inskränkning i

den enskildes skydd för privat- och familjelivet samt hemmet endast får ske under förutsättning att den har stöd i lag och om den i ett demokratiskt samhälle är nödvändig med hänsyn till bl.a. skyddet för hälsa och andra personers fri- och rättigheter. Ett frihetsberövande får endast ske med stöd av lag och i den ordning som lagen föreskriver samt endast vidtas i sex särskilt angivna situationer, däribland – vilket är av intresse utifrån det som jag föreslår – mot en person som är psykiskt sjuk.

Som redogjorts för i avsnitt 3.14.2 kan en psykisk funktionsnedsättning som beror på åldrande och tar sig uttryck i s.k. åldersdement beteende vara så kraftig att den utgör en allvarlig psykisk störning. I ICD 10 och DSM IV anges demens under huvudrubriken (kategorin) psykiska sjukdomar. Europadomstolen har uttalat att begreppet psykiskt sjukdom (unsound mind) i artikel 5:1 e) är ett oprecist begrepp vars innebörd växlar med tiden och att begreppet ska tolkas med beaktande av den medicinska och samhällsliga utvecklingen. Mot den bakgrunden anser jag inte att det kan råda något tvivel om att demenssjukdomar faller in under Europakonventionens begrepp ”unsound mind”.

Det ovan anförda innebär enligt min uppfattning att Europakonventionen inte utgör något hinder mot att i lag föreskriva att åtgärder som medför inskränkningar i den enskildes integritet och möjlighet att röra sig fritt får användas mot personer som lider av demenssjukdom.

De åtgärder som jag föreslår ska vara tillåtna att använda anges uttryckligen i mina förslag. I förslagen regleras också noggrant vilka förutsättningar som måste vara uppfyllda för att en viss åtgärd ska få användas. Vidare regleras hur ärenden/mål om åtgärdernas användning formellt ska handläggas. Mot den bakgrunden anser jag att förslagen uppfyller de krav som Europakonventionen uppställer i nu berörda hänseenden. Det som jag föreslår överensstämmer enligt min uppfattning också väl med vad som anges i Europarådets rekommendation om hjälpbehövande vuxna (avsnitt 3.19.4).

Under utredningsarbetets gång har jag även uppmärksammat en rekommendation från Europarådets ministerkommitté, Rec (2004) 10 om skydd för mänskliga rättigheter och värdighet för personer med

psykisk störning. Rekommendationen innehåller allmänna uttalanden om behandlingen av personer med psykisk störning. Dessa uttalanden ligger väl i linje med mina förslag. Rekommendationen innehåller vidare uttalanden om tvångsomhändertaganden och tvångsmedicinering. Dessa berör emellertid enligt min uppfattning inte den persongrupp som omfattas av mina förslag.

16 Överväganden och förslag om införande, utvärdering och ekonomiska konsekvenser

Mina förslag:

- Lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall och lagen om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall ska gälla från 1 januari 2009.
- Socialnämnderna ska senast till den 30 september 2009 ha utrett om de personer som vid ikraftträdandet är föremål för tvångs- och begränsningsåtgärder fyller kraven i lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall 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 och allmänna råd för tillämpning av lagstiftningen.
- Lagarna utvärderas efter fem år.
- En nationell expertgrupp utses för att följa lagarnas tillämpning och effekter.
- Socialstyrelsen ges uppdraget att under år 2008 genomföra en nationell kartläggning såväl av omfattningen av pågående tvångs- och begränsningsåtgärder som av medicinska tvångsåtgärder som ger ett utgångsläge för utvärderingen av lagarnas effekter.
- Socialstyrelsen ges dessutom uppdraget att utveckla och införa en nationell och årlig statistik över beslut enligt lagarna som ska visa om dessa leder till fler eller färre tvångsåtgärder.

16.1 Lagens införande förutsätter noggrann förberedelse

Jag föreslår att lagreglerna om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten samt om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling ska gälla från den 1 januari 2009. Socialnämnderna ska senast till den 30 september 2009 ha utrett 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 flyttning till särskilt boende eller låsning av dörr. Länsrätterna ska senast den 30 december 2009 pröva sådana ansökningar.

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 kan behöva ett resurstillskott under en tvåårsperiod för att klara ett gott införande, men anser inte att jag har underlag för att precisera några belopp.

I Danmark har statsmakterna anslagit en miljon danska kronor per år under 2007 och 2008 för att införa eventuella lagändringar som kan följa av den senaste översynen av sin lagstiftning. I Norge har helse- och socialdepartementet antagit att det behövs cirka 10 miljoner norska kronor under en tvåårsperiod för utbildning och andra förberedelser för de föreslagna nya reglerna inom patienträttslagstiftningen som avser personer utan samtyckeskompetens.

Jag bedömer dessutom att det vore värdefullt om införandet av lagreglerna om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten samt om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling kunde samordnas med informationen om Socialstyrelsens nationella riktlinjer för demensvård, som beräknas vara klara under 2008. Kunskaper om goda och evidensbaserade metoder och förhållningssätt i demensvården är, enligt min övertygelse, den bästa förutsättningen för att kunna undvika tvångs- och begränsningsåtgärder som inte är absolut nödvändiga.

Jag föreslår att lagarnas införande och utvecklingen av praxis ska följas upp och utvärderas efter fem år samt att en lämpligt sammansatt expertgrupp under Socialstyrelsens ledning bör ges denna uppgift.

16.2 Det krävs en nationell statistik för att utvärdera lagstiftningens effekter

Ett viktigt syfte med lagstiftningen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten samt om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling är enligt direktiven att en lagreglering kan bidra till minskad användning av sådana åtgärder.

Som jag redan konstaterat (avsnitt 1.2.6) saknas förutsättningar för att utvärdera lagarna i detta viktiga avseende, därför att det saknas statistik över hur ofta åtgärderna används idag och för hur många personer. Det finns endast några enstaka lokala svenska forskningsstudier om användning av tvångs- och begränsningsåtgärder inom äldreomsorgen.

Jag har övervägt möjligheten att utredningen via en enkät till ett representativt urval av kommuner – cirka 50 kommuner krävs för statistisk säkerhet – skulle samla in ett underlag till en nationell uppskattning av nuvarande omfattning av tvångs- och begränsningsåtgärder. Förstudier i några kommuner visade dock att uppgiften var för omfattande och komplicerad för att klara inom utredningens tids- och resursramar. Kommunerna har inte dessa uppgifter centralt samlade utan de måste hämtas från varje enskilt särskilt boende. Det finns också en betydande osäkerhetsfaktor därför att det handlar om att redovisa åtgärder som i lagens mening inte är tillåtna.

Jag föreslår därför att Socialstyrelsen ges uppdraget att under år 2008 genomföra en nationell kartläggning av omfattningen av pågående tvångs- och begränsningsåtgärder som kan ge ett utgångsläge för utvärderingen av lagarnas effekter. Det bästa vore om kartläggningen kunde ske efter det att riksdagen beslutat om lagarna. Förutsättningarna för en sådan s.k. baslinjemätning bör vara väsentligt bättre då eftersom lagstiftningen dels har ”legaliserat” åtgärder som nu är olagliga, vilket bör minska motståndet mot att rapportera, dels har förtydligat åtgärdernas innehåll och förutsättningar så att de blir enklare att identifiera och rapportera.

Socialstyrelsen bör dessutom ges uppdraget att utveckla och införa en nationell och årlig statistik över beslut enligt lagarna. Uppdraget bör kunna hanteras inom ramen för Socialstyrelsens pågående arbete med att vidareutveckla äldreomsorgsstatistiken. Enligt underhandskontakter avser Socialstyrelsen att under 2007 diskutera konkreta förslag till innehåll, inrapporteringsrutiner och kostnader med Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting.

16.3 Svårt att bedöma lagstiftningens ekonomiska konsekvenser

Mina bedömningar:

- Staten får ökade kostnader genom det nya domstolsförfarandet, det ökade antalet ärenden om godmanskap, den årliga offentliga statistiken över beslut enligt lagarna, nationell normering och utvärdering samt nya uppgifter för social och medicinsk tillsyn.
- Kommunerna får ökade kostnader genom högre krav på utredning, dokumentation, beslut och rapportering i samband med tvångs- och begränsningsåtgärder samt ökade kostnader för att utse, utbilda och arvoda gode män.
- Landstinget får ökade kostnader för dels fler demensdiagnoser och utlåtanden om nedsatt beslutsförmåga, dels ökade krav på utredning, dokumentation samråd och kommunikation i samband med PALs beslut om tvång vid medicinsk behandling.
- Lagstiftningen bör dock samtidigt innebära en avlastning för kommunerna genom ökad tydlighet om vad personalen får och inte får göra.

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 används idag samt för hur många personer och patienter. Därmed saknas förutsättningar för att ens i grova tal beräkna nuvarande kostnader. Jag försöker i det följande belysa uppdragen i direktiven i första hand genom att resonera kring vilka konsekvenser mina förslag kan få jämfört med nuläget och redovisar avslutningsvis några räkneexempel baserade på olika antaganden.

16.4 Osäkerhet om personkretsens storlek är ett avgörande hinder för att beräkna kostnader

Det finns få uppgifter att grunda en grov uppskattning om personkretsen på. I den särskilda enkätundersökning som Demensarbetsgruppen genomförde 2002 uppskattades antalet personer med demenssjukdom i särskilt boende till cirka 78 000 och antalet personer med måttlig eller svår demenssjukdom i ordinärt boende till cirka 15 000 (avsnitt 9.3). I avsnittet (6.1) om forskning på området hänvisas till en studie i Västerbotten som visar att var fjärde person i särskilt boende var föremål för begränsningsåtgärd under 1996 och de vanligaste åtgärderna var bälten och brickbord. Dessa resultat från Västerbotten styrks av senare och mer omfattande forskning i Norge.

I Norge, där man nu planerar att införa lagregler om "helsehjelp till pasient utan samtykkekompetanse", beräknar det ansvariga departementet att det kan bli aktuellt att besluta om sådana åtgärder för 5–10 procent av samtliga personer med demenssjukdom i landet (60 000). Man betonar dock att det sannolikt för de flesta av dessa personer kommer att handla om enstaka eller sällsynta beslut. Det innebär hur som helst 3 000–6 000 personer i Norge och skulle, omräknat till svenska förhållanden, betyda 7 000–14 000 personer.

I Danmark uppskattade man inför utformningen av 1999 års lagstiftning att antalet svårt (svært) dementa personer uppgick till 10 000 varav 7 000 i särskilt boende och 3 000 hemmaboende¹. Danmark har dock inte infört någon skyldighet för kommunerna att rapportera vilka beslut som fattats och för hur många personer enligt den lag om "magtanvendelse" som, med vissa revideringar,

¹ Rapport fra utvalget om psykisk handicappedes retssikkerhed, Socialministeriet 1998.

har tillämpats sedan år 2000 (avsnitt 2.1) Det saknas därför en samlad nationell bild av lagens effekter i Danmark².

Det råder således stor osäkerhet om hur många personer med demenssjukdom som kan komma att omfattas av mina lagförslag. Det enda man kan säga med stor sannolikhet är att den potentiella personkretsen kommer att bli större eftersom alla tecken tyder på en kraftig ökning av antalet personer med demenssjukdom de närmaste decennierna.

16.5 Övergripande om förslagen och dess kostnadskonsekvenser

Nedanstående schema beskriver översiktligt mina förslag till åtgärder och beslutsprocess.

Åtgärd	Utreda/ansöka om beslut	Tillfälligt beslut	Slutligt beslut	Möjlighet delegera slutligt beslut	Beslut kan överklagas till
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
7) Medicinsk behandling med tvång	Patient-ansvarig-läkare (PAL)	Patient-ansvarig-läkare (PAL)	Patient-ansvarig-läkare (PAL)	Nej	Länsrätt

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

² Uppgift från Anne Bækgaard, Socialministeriet.

Utgångspunkten är att samtliga åtgärder i lagförslagen 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 hänföras till mina förslag. Ju vanligare dessa åtgärder är idag och ju noggrannare kommunerna och berörda läkare utreder förutsättningarna innan man använder dem, desto mindre blir i praktiken kostnadsökningen 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.

I Danmark uppskattade man att lagförslaget om ”magtanvendelse” skulle innebära merkostnader (utredningar, beslut, advokatkostnader, registreringar och inrapportering m.m.) för amter och kommuner om knappt 8 miljoner danska kronor per år³.

I Norge har helse- och omsorgsdepartementet uppskattat att motsvarande kommunala merkostnader för förslaget till ändringar i patienträttslagen för personer utan samtyckeskompetens till cirka 24 miljoner norska kronor eller cirka 4 000 kronor per person som man bedömer att förslaget kan omfatta⁴.

Min övergripande bedömning är att den samlade effekten av skärpta formella krav på utredning och dokumentation samt nya uppgifter för domstolarna kommer att innebära visst merarbete och därmed ökade kostnader för huvudmännen.

Samtidigt tror jag att en annan effekt av lagregleringen blir att användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder kommer att minska relativt väsentligt, vilket också är ett syfte enligt direktiven.

Lagreglerna i sig kommer att öka tydligheten om vårdens och omsorgens förutsättningar och därmed minska behovet av interna diskussioner i olika forum om vad som är respektive inte är tillåtet i förhållande till boende och patienter med nedsatt beslutsförmåga. Det kommer att spara såväl kraft och energi som pengar. Så t.ex. har en interventionsstudie i Västerbotten⁵, där personal fått särskild utbildning om samband mellan demenssjukdomar och behov av tvång, inneburit såväl minskad användning av olika tvångsåtgärder som en bättre psykosocial arbetsmiljö.

³ Socialministeriet, Ekonomi och statistikkontoret, DUT-notat 25 mars 1999 punkt 95.

⁴ Ot-prp. nr 64 2005–2006.

⁵ Preliminära resultat från studien: Kompetensutveckling för vårdpersonal i särskilda boenden för personer med demenssjukdom, 2005, Umeå, ansvarig: Stig Karlsson.

En annan fråga av ekonomiskt intresse är om en minskad användning av tvångs- och begränsningsåtgärder, som en konsekvens av lagreglerna, i förlängningen kommer att påverka kommunernas och andra vårdgivares personalkostnader. En aspekt av den frågan aktualiserades nyligen när Kammarrätten i Stockholm underkände länsstyrelsens kritik mot ett privat vårdföretag som i ett särskilt boende för personer med demenssjukdom installerat rörelselarm och på så sätt kunde minska sin personaltäthet under kvällar och nätter⁶.

Amerikanska studier visar dock att minskad användning av fysiska tvångs- och begränsningsåtgärder snarare kan leda till minskade personalkostnader. I en omfattande studie i anslutning till införandet av OBRA '87 (avsnitt 2.4.3) genomfördes tidsstudier i cirka 12 000 vårdhem och boenden i sju delstater under sju års tid och resultaten korrigerades med hänsyn till skillnader i patienternas status och vårdbehov. Slutsatsen var att personer som var föremål för fysiska tvångs- eller begränsningsåtgärder konsekvent behövde mer vårdtid (uttryckt som personaltimmar) än de som inte var det och att färre sådana åtgärder således leder till lägre personalkostnader⁷.

16.6 Kostnadskonsekvenser av olika förslag

16.6.1 Demensdiagnos blir ett nytt krav i utredningen

Jag har i avsnitt 12.2 diskuterat och preciserat vad som ska ingå en utredning. Det som är nytt i mina förslag – jämfört med den prövning som sannolikt som regel redan sker idag – är det obligatoriska kravet att styrka att personen eller patienten ingår i lagarnas personkrets. Kravet innebär att det ska finnas en demensdiagnos samt ett medicinskt intyg att det är demenssjukdomen som är den direkta anledningen till att personen saknar förmåga att avge ett grundat samtycke till den åtgärd som övervägs.

Jag utgår från att de allra flesta personer som kan bli aktuella för tvångs- eller begränsningsåtgärder har en demensdiagnos som finns dokumenterad i patientens journaler. Ett utdrag av journalen kan då biläggas utredningen tillsammans med ett aktuellt medicinskt

⁶ Kammarrättens i Stockholm dom 13 april 2006 i mål nr 5140-05.

⁷ American Journal of Public Health 1993;83, sidorna 342–348.

utlåtande om personens status som intygar den nedsatta beslutsförmågan.

Jag har dock förstått att det i sällsynta fall kan förekomma att personer, som uppvisar alla tecken på framskriden demenssjukdom, ändå saknar en demensdiagnos. I dessa fall måste en diagnos fastställas som visar att personen har en demenssjukdom samt nedsatt beslutsförmåga. Eftersom syftet med denna diagnos primärt är begränsat till att konstatera om personen ingår i lagens personkrets, och det inte behöver framgå medicinska uppgifter till grund för val av behandlingsmetod eller vårdform, föreställer jag mig att den kan fastställas med relativt kort varsel och till rimliga kostnader. Jag har sett uppgifter på att sjukvårdens kostnader för en demensdiagnos kan röra sig om i genomsnitt cirka 6 000 kronor.

Problemen med att demensdiagnoser saknas bör dock minska med tiden. Jag har noterat att demenssjukas rätt till tidig diagnos för adekvat vård och behandling är en högt prioriterad fråga i huvudmännens pågående satsningar på en bättre demensvård.

De övriga huvudpunkterna i mitt förslag till utredningsinnehåll – riskbedömningen som ska motivera att en tvångs- eller begränsningsåtgärd övervägs; planen för hur åtgärden kan vidtas med så få negativa konsekvenser som möjligt; kommunikeringen med närstående och andra företrädare – är sannolikt i mycket stor omfattning obligatoriska inslag vid de prövningar om tvångs- och begränsningsåtgärder som kommunerna gör redan idag och innebär i så fall marginella merkostnader.

16.6.2 God man ska utses

Kommunerna kommer att få ökade kostnader som följd av förslagen. Ett antal nya gode män kommer att behöva utses för att bevaka enskildas intressen vid utredning och beslut om tvångs- eller begränsningsåtgärd och om medicinsk behandling med tvång. Redan utsedda gode män får detta som en ytterligare uppgift.

Det finns inga uppgifter om överförmyndarens kostnader för att handlägga dessa ärenden, men man bedömer att 1 500 kronor per ärende i genomsnitt kan vara en rimlig uppskattning.

De gode männen behöver en inledande utbildning för denna nya uppgift som, förutom kunskaper om lagstiftningens innehåll och syfte, också bör förbereda för kontakter med sjukvården och bedömning av medicinska åtgärder.

Kommunens kostnader för arvoden till berörda gode män kommer att öka i förhållande till den arbetsbelastning som de nya uppgifterna innebär. Merkostnaden går inte att bedöma i förväg, men en utgångspunkt är att ett genomsnittligt årsarvode för en god man nu uppgår till 8 000 kronor.

Det ska tilläggas att enligt föräldrabalkens 12 kapitel 16 § ska arvodet till god man betalas av den enskilde om dennes beräknade inkomst under året överstiger två basbelopp. Samtidigt begränsas den enskildes kostnader när, vilket som framgått oftast är fallet, den gode mannen är en närstående. Att närmare bedöma hur många nya gode män som till följd av mina förslag skulle få ersättning av allmänna medel är svårt.

Vare sig enskilda tingsrätter eller Domstolsverket har underlag för att beräkna den genomsnittliga kostnaden för att utse en god man. Enligt Domstolsverket skulle man dock kunna jämföra med den genomsnittliga kostnaden för ett domstolsärende i tingsrätten som är cirka 2 200 kronor.

16.6.3 Länsrätt och socialnämnd beslutar om åtgärderna

Som framgår av schemat ovan föreslår jag att länsrätten ska besluta om de två mest ingripande åtgärderna enligt lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten – 1) möjlighet att flytta någon till särskilt boende med tvång samt 2) möjlighet att låsa dörren för en person, inklusive rätten att vid behov hålla fast och/eller hålla kvar denne person, som annars utsätter sig själv eller andra för en uppenbar risk att drabbas av en allvarlig skada. Besluten ska inte vara möjliga att delegera.

Förslaget innebär att länsrätten får en ny typ av mål att arbeta med. Det ligger närmast till hands att jämföra med länsrättens beslut i mål enligt LVM, som också de fattas med ansökningar och utredningar från socialnämnden som grund. Med ledning av kostnadsuppgifter för dessa mål bedömer Domstolsverket att den genomsnittliga kostnaden för ett länsrättsbeslut enligt mitt förslag skulle bli cirka 13 500 kronor, en kostnad som belastar staten.

Jag tror dock att kostnaderna för dessa nya mål skulle bli väsentligt lägre än för målen enligt LVM och LVU. I de flesta fall bör socialnämndens utredning och förslag vara okontroversiella för de inblandade och länsrättens förhandling och beslut kan hållas kortfattat och koncist.

Min bedömning, grundad bl.a. på kontakter med ett antal kommuner, är att beslut om att flytta en enskild med tvång till särskilt boende kommer att bli mycket sällsynta. Ansvariga tjänstemän i kommunerna brukar, när man ser tillbaka några år, endast kunna erinra sig någon eller några enstaka personer för vilka man bedömer att en laglig möjlighet till "tvångsflyttning" hade varit önskvärd. Jag har dessutom formulerat mycket strikta kriterier för sådana beslut.

Beslut om möjligheten att låsa dörren för en enskild person samt vid behov hålla denne person kvar i eller återföra denne till det särskilda boendet – de andra åtgärder som länsrätten föreslås besluta om – kan bli en väsentligt större arbetsbörda för länsrätten.

Idag är ytterdörren i praktiken låst i de flesta särskilda boenden därför att kommunerna har installerat kodlås som flertalet personer med demenssjukdom inte kan öppna. I många fall hålls dörren sannolikt låst av praktiska skäl eller av tradition utan att det kan motiveras med ett aktuellt och realistiskt riskscenario.

Konsekvensen av mitt förslag är att det inte ska vara tillåtet att ha dörren låst med kodlås, eller på annat sätt, om inte någon person på avdelningen eller enheten har ett individuellt beslut av länsrätten om att dörren får hållas stängd för honom eller henne. I annat fall ska ytterdörren kunna öppnas inifrån av alla boende.

Det innebär att man på berörda särskilda boenden inför lagens ikraftträdande måste göra individuella riskbedömningar för att kunna bedöma om någon person på avdelningen riskerar en allvarlig skada om ytterdörren hålls öppen. Bedömer man att det finns personer som löper en sådan risk, får man förbereda ansökningar till länsrätten. Det är troligt att det kan bli en anhopning av sådana ansökningar hos länsrätten när lagen träder ikraft.

Enligt min bedömning kommer ansökningar till länsrätten om individuella beslut om inlåsning att vara relativt vanliga även sedan lagen blivit gällande, trots att lagregeln i sig sannolikt generellt kommer att leda till en mer realistisk riskbedömning och därmed fler öppna dörrar. Mitt bestämda intryck är nämligen, som jag redovisat i avsnitt 5.2, att "dörr-problematiken" är ett centralt problem inom demensvården, som på grund av demenssjukdomens naturliga yttringar samt vårdens uppdrag och givna förutsättningar aldrig helt kan elimineras.

Socialnämnden ska enligt förslaget besluta om användning av sänggrindar; bälten, brickbord, pejlings- och larmutrustning samt möjligheter att fullfölja omvårdnadsinsatser mot den enskildes vilja. Socialnämnden kan delegera rätten att besluta till tjänsteman

enligt gällande lag. Min bedömning, efter kontakter med ett antal kommuner underhand, är att socialnämnden i de flesta kommuner kommer att utnyttja möjligheten till delegation.

16.6.4 Överklagande och offentligt biträde

Den föreslagna lagstiftningen om tvångs- eller begränsningsåtgärder inom socialtjänsten innebär att det ska bli möjligt för den enskilde att överklaga länsrättens och socialnämndens beslut. Domstolsverket har bedömt att statens kostnad för ett överklagande i kammarrätten i genomsnitt uppgår till cirka 27 000 kronor, dvs. motsvarande dubbla kostnaden jämfört med själva beslutet i länsrätten, därför att tre domare medverkar i kammarrätten. Ett överklagande av socialnämndens beslut till länsrätten beräknas i genomsnitt kosta lika mycket som ett länsrättsbeslut, dvs. 13 500 kronor. Vid mål i domstol kan det även bli aktuellt att utse ett offentligt biträde som stöd till den enskilde och dennes företrädare. Domstolsverket bedömer att kostnaden för ett offentligt biträde i denna typ av mål skulle uppgå till cirka 12 000 kronor.

Jag bedömer dock att mitt förslag till lagreglering av nämnda tvångs- och begränsningsåtgärder kommer att innebära ett mycket begränsat antal överklaganden. Jag tror, som framgått, att lagregleringen i sig och de skärpta kraven på utredning och dokumentation leder till att dessa åtgärder kommer att aktualiseras endast när behovet är uppenbart och när närstående och andra företrädare samtycker. I andra fall kan kommunen som regel hitta andra lösningar på problemen som inte innebär tvång och begränsning.

16.6.5 Tvång vid medicinsk behandling

Rubricerad tvångsåtgärd regleras som framgått i en särskild lag och skiljer sig från de övriga genom sin koppling till sjukvården och HSL. Beslutet ligger hos en patientansvarig läkare (PAL) och dennes beslut om att tvång får användas för att genomföra en viss medicinsk behandling ska kunna överklagas till domstol.

I övrigt innebär mitt förslag i stort ett förtydligande av den rutin som med stor sannolikhet redan tillämpas i de flesta sådana här situationer. Det innebär dock en högre ambition vad gäller insyn,

patientsäkerhet och uppföljning genom att jag föreslår en skyldighet för PAL att informera medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), socialnämnden och Socialstyrelsen om sådana tvångsbeslut. Kostnaderna för dessa nya skyldigheter är svåra att beräkna men bör inte bli särskilt omfattande.

Mitt förslag (avsnitt 13.10) att ge patienten rätt att överklaga PALs beslut att använda tvång vid medicinsk behandling innebär en ny rättslig situation. Det är därför svårt att uppskatta kostnaden för ett sådant överklagande genom att jämföra med andra typer av mål. Domstolen kan t.ex. få anledning att begära kompletterande underlag från medicinska specialister som stöd för sitt ställningstagande. Som framgår i avsnitt 13.10 talar dock det mesta för att PALs beslut inte kommer att överklagas annat än i enstaka undantagsfall.

16.6.6 Konsekvenser för social och medicinsk tillsyn

Jag bedömer att främst länsstyrelsernas enheter för social tillsyn, men även Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter för hälso- och sjukvården, kan få en viss ökad arbetsbelastning. En ny lagstiftning tillförs deras tillsynsuppdrag och kan generera enskilda klagomål inklusive anmälningar enligt Lex Sarah och Lex Maria, samt ge anledning till riktad verksamhetstillsyn. Jag tror dock, som jag redan anfört i avsnittet om överklaganden och offentliga biträden, att klagomål över beslut om olika tvångs- och begränsningsåtgärder kommer att bli sällsynta.

Jag föreslår också att socialnämnden eller motsvarande kvartalsvis ska rapportera alla beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder till länsstyrelsen samt att, som framgått ovan, patientansvarig läkare (PAL) ska rapportera beslut om medicinsk behandling med tvång till Socialstyrelsen. Här är mitt förslag att Socialstyrelsen i föreskrift närmare ska ange hur rapporteringen ska ske.

Denna noggranna dokumentation och rapportering av alla åtgärder är av största vikt bl.a. för att underlätta för Länsstyrelsens och Socialstyrelsens tillsyn liksom för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds (HSAN) beslut i ansvarsfrågan efter en eventuell anmälan.

16.7 Översikt av lagens konsekvenser för huvudmän och verksamheter

Nedanstående tabell sammanfattar översiktligt mina bedömningar av förslagets ekonomiska och andra konsekvenser för berörda huvudmän och verksamheter.

Huvudman	Verksamhet	Uppgift/merarbete	Kost kr styck	Anmärkning
Kommun	Socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"> – Utredda behov av alla åtgärder – Ansöka om flyttning och inläsning hos länsrätt – Besluta om bälte, brickbord, sänggrind, larm samt omvårdnad mot enskilda vilja – Registrera/ anmäla besluten till länsstyrelsen – Redovisa alla beslut till nationell statistik 		
	Överförmyndare	<ul style="list-style-type: none"> Ansöka om att tingsrätt utser god man Ökade arvoden 	1 500 8 000	Uppskattning Årsarvode i genomsnitt
Landsting	Primärvård Specialistvård	<ul style="list-style-type: none"> – Diagnostisera demenssjukdom – Fastställa nedsatt beslutsförmåga beträffande aktuell åtgärd – Medverka med medicinska uppgifter i utredning om tvångsåtgärder – Utredda, besluta, dokumentera, rapportera vid beslut om tvång vid medicinsk behandling 	6 000	Grovt snitt
Staten	Länsrätt	<ul style="list-style-type: none"> – Besluta om flyttning och inläsning – Besluta vid överklagan av SoNs beslut om övriga åtgärder samt av PALS beslut om tvång vid medicinsk behandling 	13 500 13 500	Snittkostnad för LVM o LVU- mål
	Tingsrätt	Utse god man	2 200	Snittkostn. domstolsärende
	Kammarrätt	– Besluta vid överklagan av länsrättsbeslut	27 000 Tre domare+ nämnd	– ” –
		– Utse och arvoda offentligt biträde	12 000	– ” –
	SoS	<ul style="list-style-type: none"> – Utarbeta föreskrifter och allmänna råd (SOSFS) – Kartlägga nationell förekomst av tvångs- och begränsningsåtgärder kring årsskiftet år 2008 – Utveckla och införa nationell statistik över beslut enligt lagarna – Nationellt följa och utvärdera hur lagarna införs och hur praxis utvecklas 		
	SoS RT	<ul style="list-style-type: none"> – Följa upp beslut om medicinsk behandling med tvång – Genomföra verksamhetstillsyn 		
	Länsstyrelsen	<ul style="list-style-type: none"> – Följa upp tvångsbeslut i social tillsyn – Genomföra verksamhetstillsyn – Lokalt och regionalt följa och utvärdera hur lagen införs och hur praxis utvecklas 		

16.8 Några kostnadsscenarioer/ räkneexempel

Tom Nilstierna, ekonom vid Regeringskansliets enhet för metodstöd till kommittéer och utredningar, har utvecklat en modell för att uppskatta den föreslagna lagstiftningens kostnader. Modellen utgår från den föreslagna beslutsprocessen samt uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting och Domstolsverket om genomsnittliga lönekostnader per timme för berörda yrkesgrupper respektive genomsnittskostnader för mål enligt LVU/LVM. Dessa kostnader har redovisats i avsnitten 16.6 och 16.7.

Modellen bygger på Statiska Centralbyråns (SCB) befolkningsstatistik för år 2005 vad avser befolkningens antal indelad i ettårsklasser och dödsriskerna i ettårsklasser och kön. I nästa steg har andelen personer med demenssjukdom i varje åldersgrupp beräknats med ledning av uppgifterna (avsnitt 4.4.2) om att det finns 140 000 personer med demenssjukdom samt att 1 procent av 65-åringarna och 50 procent av 90-åringarna har demenssjukdom.

Följande parametrar som indikerar olika antaganden om andelar och styckpriser förs därefter in i modellen.

- Andelen personer som är föremål för tvångsåtgärder före lagreglerna.
- Andelen personer med beslut om tvångsåtgärder efter att lagreglerna införts.
- Andelen personer med tvångsåtgärder som har domstolsbeslut
- Socialnämndens administrativa grundkostnad för att använda en tvångs- eller begränsningsåtgärd såväl före som efter att lagreglerna införts.
- Socialnämndens administrativa merkostnad för ett beslut om tvångsåtgärd till följd av lagreglernas ökade krav på utredning, beslut och dokumentation m.m.
- Landstingets administrativa merkostnad för medverkan i ett beslut om tvångsåtgärd.
- Genomsnittlig kostnad för ett beslut i domstol.
- Genomsnittlig kostnad för ett offentligt biträde.

I tabellen nedan redovisas kostnadsökningen om variablerna ovan ges alternativa värden vad gäller antal berörda personer och styckekostnader. Alternativen skulle kunna motsvara ett möjligt mini- respektive maxialternativ enligt mina tidigare resonemang

och redovisningar. Beräkningen av antalet personer med demenssjukdom utgår från befolkningsprognosen för 2009, dvs. det år som jag föreslår att lagarna ska träda i kraft.

Tabellredovisning (2009 års befolkning)

Förklaring	Minimalalternativ	Maximalalternativ
Andel (antal) dementa med åtgärd före lagen	11,8 % (16 500)	17,1 % (24 000)
Andel dementa med beslut efter lagen	9,8 % (13 700)	14,3 % (20 000)
Andel åtgärder som beslutats i domstol	10 % (1 370)	20 % (4 000)
Andel överklaganden	5 % (700)	10 % (2 000)
Andel beslut som upphör efter SoNs prövning	40 % (6 600)	20 % (4 000)
Grundkostnad för åtgärd (före och efter lagen)	800 kronor	800 kronor
Nya kostnader SoN, 1:a beslut	1 000 kronor	2 000 kronor
Nya kostnader SoN, omprövning	500 kronor	500 kronor
Kostnad domstol	8 000 kronor	13 500 kronor
Kostnad offentligt biträde	6 000 kronor	12 000 kronor
Landstingets kostnader för läkare och psykolog, efter lag	700 kronor	1 000 kronor
Sammantagen kostnad före lag	3,6 miljoner kronor	5,2 miljoner kronor
Sammantagen kostnad efter lag	32,4 miljoner kronor	166,3 miljoner kronor
Sammantagen differens	28,8 miljoner kronor	161,1 miljoner kronor

Med ovanstående förutsättningar skulle den ökade kostnaden på grund av nya lagregler uppgå till i minimalalternativet knappt 29 miljoner kronor och i maximalalternativet till drygt 161 miljoner kronor.

Jag vill dock betona att dessa utfall måste ses som ekonomiska scenarios eller räkneexempel. Det saknas, som framgått, kunskap om hur många personer som idag är föremål för tvångs- och begränsningsåtgärder liksom närmare kunskap om hur sådana åtgärder beslutas och följs upp. De värden som matats in i kalkylen måste därför ses som mer eller mindre kvalificerade gissningar.

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 och domstol kommer att överklagas därför att man bör utgå från att beslutsfattarna, bortsett från undantagsfall, endast kommer att aktualisera personer för vilka behovet är uppenbart och när närstående och god man samtycker.

17 Författningskommentarer

17.1 Förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall

1 §

I paragrafens *första stycke* anges att lagen handlar om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten. Vidare anges under två punkter syftet med lagen.

Enligt första punkten är ett syfte med lagen att förhindra att personer utsätter sig själva eller någon annan för uppenbar risk att drabbas av en allvarlig skada. Vad som avses med en *allvarlig skada* har behandlats i avsnitt 11.7.7. Där framgår att en tvångs- eller begränsningsåtgärd inte kan komma i fråga för att förhindra materiella skador. Med att det ska föreligga en *uppenbar risk* menas att sannolikheten för att risken för att den enskilde skadar sig själv eller någon annan (t.ex. en annan boende på det särskilda boendet eller personal) är mycket stor. Begreppet har behandlats i avsnitten i 11.7.1, 11.7.5 och 11.7.6. Lagen syftar vidare bl.a. till att förebygga och begränsa användningen av tvång till de situationer då det är nödvändigt. I detta ligger bl.a. att en tvångs- eller begränsningsåtgärd aldrig får kompensera brist på personal, bristande kompetens hos personal eller brister i lokaler eller utrustning.

Andra stycket innehåller en erinran om att bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) respektive lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, om handläggning och dokumentation gäller i tillämpliga delar när det gäller verksamhet enligt denna lag. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 12.1.2.

2 §

Socialtjänstlagen innehåller de centrala bestämmelserna på socialtjänstens område. Socialnämnden har ett särskilt ansvar för bl.a. barn och unga, äldre människor och människor med funktionshinder samt missbrukare (5 kap. SoL). Det är kommunen som har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap. 2 § SoL). I 1 kap. 1 § anges de övergripande målen och de grundläggande värderingarna för samhällets socialtjänst. Av den bestämmelsen framgår att en av socialtjänstens viktigaste utgångspunkter är att dess verksamhet ska bygga på frivillighet och självbestämmande. Detsamma gäller för verksamhet enligt LSS (6 §).

För det fall nödvändig vård inte kan ges barn och unga respektive missbrukare på frivillig väg ger LVU och LVM socialnämnden en rätt, men också en skyldighet att ingripa. LVU och LVM kompletterar på det sättet socialtjänstlagen i de fall det inte går att anordna den vård som den unge eller missbrukaren behöver på frivillig väg.

Mitt förslag reglerar förutsättningarna för socialnämnden att – beträffande de personer som omfattas av förslaget – kunna avvika från den i socialtjänstlagen och LSS grundläggande frivillighetsprincipen genom att under vissa särskilt angivna förutsättningar tillåta nämnden att vidta ett antal i lagen angivna tvångs- och begränsningsåtgärder. Mitt förslag utgör således, i likhet med LVU och LVM, ett komplement till socialtjänstlagen, men även till LSS. 1 § LVU och 1 § LVM innehåller en erinran om detta. Jag anser att det också är lämpligt att det av mitt förslag framgår att så är fallet. Mot den bakgrunden har i denna paragraf inledningsvis införts en erinran om detta.

I paragrafen anges också under vilka allmänna förutsättningar en åtgärd enligt lagen får användas. De kriterier som anges innebär att en tvångs- eller begränsningsåtgärd endast får användas som en sista utväg om situationen inte går att lösa på något annat sätt. Som redovisas senare i lagen ska andra alternativ alltid övervägas och bedömas varför de inte är tillräckliga. Dessa förutsättningar innebär vidare att en åtgärd inte får vara mer omfattande och ingripande än vad som är nödvändigt för att undvika den aktuella risken för skada, dvs. en mindre ingripande åtgärd ska användas om den kan anses tillräcklig (se avsnitt 11.7.3 och 11.7.4). Vidare ska man, även om ett beslut om att en viss åtgärd enligt lagen får användas, låta

den enskilde behålla sitt självbestämmande så långt det är möjligt. Självfallet får den enskilde inte heller behandlas på ett nedvärderande eller kränkande sätt. Åtgärderna ska alltid användas på ett sätt som så långt möjligt bibehåller den enskildes värdighet. Det ska alltid ske en avvägning mellan risken för skada och vikten av att den enskilde så långt möjligt får goda levnadsförhållanden. Enbart intresset av att undvika skador får aldrig styra villkoren för den enskilde.

3 §

I paragrafen definieras vad som i denna lag avses med socialtjänst, socialnämnd, särskilt boende och dagverksamhet.

I *tredje stycket* förklaras vad som i denna lag avses med ett särskilt boende. Av prop. 2005/06:115, s 79 f framgår att s.k. korttidsboenden enligt socialtjänstlagen faller in under begreppet särskilda boendeformer för äldre enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL.

Av *tredje stycket* 3 framgår att en insats enligt LSS i form av korttidsvistelse som verkställs i ett korttidshem enligt denna lag faller in under begreppet särskilt boende. Om korttidsvistelsen verkställs på en annan plats än själva korttidshemmet, t.ex. en lägervistelse, är en förutsättning för att en beslutad tvångsåtgärd ska få användas att det är anställd personal från korttidshemmet som ansvarar för vården och omsorgen. Däremot gäller lagen inte för det fall korttidsvistelsen verkställs i ett enskilt hem eller t.ex. en lägervistelse anordnas av en frivillig organisation.

4 §

I paragrafens *första stycke* anges den personkrets som lagen huvudsakligen ska gälla för. Utgångspunkten i direktiven är som jag redogjort för tidigare, att en lagstiftning bör vara begränsad till äldre personer, dvs. personer över 65 år med demenssjukdom (se avsnitt 1.1). Av avsnitt 11.4 framgår varför jag valt att låta lagen omfatta inte bara äldre personer.

För att lagen ska vara tillämplig krävs att den enskilde till följd av en demenssjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den tvångs- eller begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg. En redogörelse

för vad som utgör en demenssjukdom och vilka de vanligaste demenssjukdomarna är lämnas i avsnitt 4.2 (se även bilaga 4).

En ytterligare förutsättning för lagens tillämplighet är att den för vilken en tvångs- eller begränsningsåtgärd övervägs som huvudregel ska ha beviljats visst bistånd enligt socialtjänstlagen eller vissa insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Innebörden av dessa avgränsningar behandlas närmare under de allmänna övervägandena (se avsnitt 11.8.).

En konsekvens av att det som huvudregel uppställs ett krav på att den enskilde beviljats en viss typ av bistånd enligt socialtjänstlagen eller insats enligt LSS är att ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd automatiskt förfaller om ett sådant beslut av någon anledning upphör att gälla. Det är därför av stor vikt om ett sådant beslut är begränsat i tiden, att en omprövning sker och – om biståndet eller insatsen alltjämt ska utgå – ett nytt beslut meddelas innan tiden för det tidigare beslutet har löpt ut. I annat fall ankommer det på nämnden att, om möjligheten att använda den beslutade tvångs- eller begränsningsåtgärden ska bestå, sedan ett nytt beslut enligt socialtjänstlagen eller LSS meddelats inleda ett nytt ärende om tillåtelse att använda den ifrågavarande åtgärden.

I *andra stycket* finns en kompletterande regel i vilken anges att en person, oavsett om han eller hon har beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen eller en insats enligt LSS enligt första stycket 2–3, ska kunna flyttas till ett särskilt boende om de övriga förutsättningarna för en sådan flyttning i lagen är uppfyllda. Det kan givetvis sedan denne har flyttats uppstå ett behov av att använda någon av de andra tvångs- eller begränsningsåtgärderna enligt lagen. Detta är emellertid inte möjligt om det inte görs ett undantag för kravet på bistånd enligt socialtjänstlagen eller insats enligt LSS enligt första stycket 2–3. Anledningen till detta är att den enskilde inte har beviljats ifrågavarande bistånd enligt socialtjänstlagen eller insats enligt LSS utan hans eller hennes boende på det särskilda boendet grundar sig på ett beslut enligt denna lag, dvs. ett tvångsbeslut. I *andra stycket* har därför också införts ett undantag från de uppställda kraven enligt första stycket 2 och 3. För det fall tvångsbeslutet gällande flyttningen till det särskilda boendet senare har upphävts och ersatts med ett biståndsbeslut eller den enskilde beviljats bistånd till dagverksamhet eller insats enligt LSS uppstår givetvis inte något problem eftersom det då finns ett beslut enligt första stycket 2–3.

Bestämmelsen i *tredje stycket* har behandlats i avsnitt 11.8.1.

5 §

I lagrummet anges de tvångs- och begränsningsåtgärder som enligt lagen är möjliga att använda. Uppräkningen är uttömmande, dvs. några andra tvångs- och begränsningsåtgärder är inte tillåtna. I 5 kap. har lämnas en redogörelse för olika typer tvångs- och begränsningsåtgärder som förekommer. Frågan om vilka tvångs- och begränsningsåtgärder som ska vara tillåtna respektive inte tillåtna har behandlats i avsnitt 11.6.

För samtliga tvångs- och begränsningsåtgärder som ska vara tillåtna enligt lagen är det av rättssäkerhetsskäl av mycket stor vikt att det av beslutet verkligen framgår vad det omfattar. Om det t.ex. har meddelats ett beslut om låsning av dörr måste det kunna utläsas vilken eller vilka dörrar som beslutet gäller och om det avser endast det särskilda boende där den enskilde bor eller om det också gäller på en dagverksamhet som han eller hon vistas på.

6 §

I paragrafen regleras möjligheten att flytta någon till ett särskilt boende. Åtgärden har behandlats i avsnitt 11.6.1. Av den allmänna motiveringen framgår att det inte endast är möjligt att flytta någon från hans eller hennes ordinära boende utan att det även är möjligt att med stöd av bestämmelsen besluta att någon som saknar ett eget boende ska kunna flyttas till ett särskilt boende. Däremot är det, vilket uttryckligen framgår av lagtexten, inte möjligt att med stöd av bestämmelsen flytta någon från ett särskilt boende till ett annat särskilt boende.

7 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 11.6.2.

I bestämmelsen regleras möjligheten att för någon låsa en ytterdörr eller en dörr till en avdelning på ett särskilt boende eller en dagverksamhet. Det är inte möjligt att med stöd av paragrafen låsa dörrar inom en avdelning eller enhet eller att låsa in de boende i sina lägenheter eller sina rum. Det är inte heller möjligt att besluta om att låsa ytterdörren till den enskildes ordinära boende.

En förutsättning för att en dörr ska få låsas enligt lagrummet är att en person som inte omfattas av ett sådant beslut, och som inte

heller klarar av att låsa upp dörren, ska få hjälp med att låsa upp den så att han eller hon kan gå in och ut i den utsträckning som han eller hon önskar. Detta regleras i *andra stycket*. Om så inte är fallet blir situationen att bedöma som ett olaga frihetsberövande. Dörren måste vidare kunna öppnas med endast ett kort dröjsmål. Med detta avses någon eller några minuter. Denna tidsrymd gäller dygnet runt, dvs. även nattetid.

Av *tredje stycket* framgår att ett beslut om att låsa en dörr medför en rätt att använda fysiskt tvång i form av fasthållning för att hindra en person från att lämna boendet eller dagverksamheten eller att föra tillbaka vederbörande till boendet eller dagverksamheten. Det är i en sådan situation inte tillåtet att använda några typer av hjälpmedel för att hålla fast personen. För det fall det visar sig att personalen inte klarar av att föra tillbaka en person ges i lagen (26 §) en möjlighet att begära biträde av polisen.

Ett beslut om att en dörr får låsas bör innehålla en upplysning om att beslutet även ger rätt att i tredje stycket angivna situationer använda fysiskt tvång i form av fasthållning.

8 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 11.6.3

Sänggrindar, brickbord, selar och liknande anordningar får endast användas om det finns en *uppenbar risk* för att den enskilde drabbas av en allvarlig skada. För att någon av dessa anordningar ska få användas är det således som regel inte tillräckligt att man kan anta att den enskilde har för avsikt eller en önskan att resa sig och gå eller att göra något som kan leda till ett fall eller att vederbörande glider ur stolen och därmed drabbas av en allvarlig skada. För att t.ex. ett bälte ska få användas innebär detta i praktiken att den enskilde vid några tillfällen tidigare har eller har varit på väg att falla. Det kan också förhålla sig på det sättet att någon som till följd av ett plötsligt försämrat hälsotillstånd har fått en kraftigt försämrad balans så att han eller hon av den anledningen inte längre har förmåga att gå själv.

En anordning enligt paragrafen får endast användas i syfte att förhindra fall ur en säng eller från en stol. I begreppet fall inbegrips, som framgår ovan, även att någon glider ur en stol. Med stol avses även rullstol. Det är således inte tillåtet att spänna fast någon med ett bälte i syfte t.ex. att förhindra att någon som lider av ett

s.k. vandringsbeteende går in i andra medboendes lägenheter eller rum eller för att förhindra att en aggressiv person skadar någon annan (t.ex. en medboende eller någon ur personalen).

Vad som utgör en allvarlig skada har behandlats i avsnitt 11.7.7.

En åtgärd enligt paragrafen är i och för sig inte förbjuden att använda i den enskildes ordinära boende. Som jag redovisat i avsnitt 11.8.3 åligger det dock den som beslutat om en sådan åtgärd, dvs. socialnämnden, att se till så att åtgärden i sig inte leder till skador på den berörde. Detta ansvar kan inte överföras på en närstående.

9 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 11.6.4. Som jag har redogjort för där är det inte med stöd av denna paragraf möjligt att besluta om att använda video- och ljudövervakningssystem. S.k. trygghetslarm – som den enskilde själv kan aktivera – omfattas inte av denna lag, dvs. ett beslut krävs inte för användandet av sådana larm.

Med begreppet ”bostad” avses såväl ett särskilt som ett ordinärt boende.

Larm som syftar till att kontrollera om den enskilde lämnar bostaden

En pejlings- eller larmanordning får enligt första stycket användas om det finns en *uppenbar risk* för att den berörde kommer att lida allvarlig skada. Detta innebär att man med stor säkerhet kan förut säga att den enskilde till följd av den nedsatta beslutsförmågan saknar förståelse för t.ex. trafik- eller geografiska förhållanden. Det ska vidare ha konstaterats att den enskilde vid ett antal tillfällen har lämnat eller har försökt att lämna boendet. Det är således inte tillräckligt med ett antagande om att den enskilde har en sådan önskan. Vid riskbedömningen måste även beaktas om den enskilde, när han eller hon lämnar boendet, ofta beger sig mot ett farligt område (t.ex. en hårt trafikerad väg eller en sjö) eller om den enskilde alltid följer en känd och säker väg. Av betydelse vid denna bedömning är även hur de lokala förhållandena vid boendet ser ut. Risken för skada kan givetvis vara lägre om boendet ligger i ett litet lugnt samhälle där den enskilde är väl känd än om det ligger i ett

större samhälle med mycket trafik. Även t.ex. närheten till vatten och stora skogar kan vara av betydelse vid riskbedömningen.

Med allvarlig skada enligt bestämmelsen avses personskador till följd av att den enskilde t.ex. blir påkörd av något fordon. Det kan också vara fråga om skador till följd av att den enskilde går vilse, t.ex. förfrysningsskador eller uttorkning.

Övriga larmanordningar

I *andra stycket* regleras larm som syftar till att underlätta bevakningen när en person lämnar sin säng, sin lägenhet eller sitt rum på ett särskilt boende. Det rör sig här främst om larmmattor, sänglarm och dörrlarm. Syftet med dessa larm är att personalen eller någon närstående ska hinna ingripa för att förhindra skador till följd av fall. Även för dessa larm krävs det en *uppenbar risk* för allvarlig skada. Av detta följer att det ska ha konstaterats, t.ex. genom tidigare incidenter, att det föreligger en konkret fallrisk.

Vad som avses med allvarlig skada har behandlats i avsnitt 11.7.7.

10 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 11.6.5. Som framgår av bestämmelsen får en person bl.a. hållas fast eller föras bort till ett annat rum för att undvika att denne skadar någon annan. Med *någon annan* avses inte personal på ett särskilt boende eller en dagverksamhet, utan endast andra boende på det särskilda boendet eller andra personer som deltar i dagverksamheten. Givetvis omfattas även sådana personer som besöker någon som bor på ett särskilt boende eller deltar i en dagverksamhet.

En situation där det kan bli aktuellt att hålla fast eller föra bort någon till ett annat rum kan uppstå plötsligt. Det kan självfallet förhålla sig på det sättet att det, beträffande den person det gäller, inte finns ett beslut av socialnämnden eller den till vilken beslutanderätten har delegerats. I en sådan situation ankommer det på den ansvariga personalen vid det särskilda boendet eller dagverksamheten att ta ställning till om situationen i det enskilda fallet är sådan att det kan anses föreligga en nödsituation och att den enskilde kan hållas fast eller föras bort till ett annat rum med stöd av nödreglerna i brottsbalken. Om samma situation upprepas måste en

sådan bedömning göras vid varje tillfälle fram tills dess att ett beslut enligt denna lag har meddelats.

Bestämmelsen tillåter inte att man låser in eller isolerar den enskilde, utan det är endast tillåtet att föra vederbörande till ett annat rum på boendet eller dagverksamheten. Det är inte heller tillåtet att vid ett fasthållande binda fast den enskilde eller med något annat hjälpmedel se till att hans eller hennes rörelsefrihet begränsas. Det är således inte tillåtet att t.ex. använda ett brickbord i syfte att begränsa rörelsefriheten. Som framgår av 8 § i denna lag får ett brickbord endast användas för att förhindra att den enskilde ska falla eller glida ur en stol.

11 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 11.6.6.

Vid avgörandet av om och i vilken omfattning en omvårdnadsinsats ska få genomföras med tvång är det särskilt viktigt att man vid bedömningen beaktar socialtjänstlagens och LSS: s grundläggande principer om att det är frivilligt om man vill motta någon hjälp eller inte. Som jag anført i allmänmotiveringen måste personalen visa en stor tolerans inför den vilja som den enskilde ger uttryck för. I bestämmelsen anges att en åtgärd får genomföras med tvång endast om det finns en uppenbar risk för den enskildes hälsa. Det är därför aldrig tillåtet att använda tvång t.ex. för att en person ska äta, tvätta sig, stiga upp eller lägga sig vid ett bestämt klockslag.

Bestämmelsen tillåter inte att man – i en situation där den enskilde måste hållas fast för att insatsen ska kunna genomföras – binder fast vederbörande eller t.ex. använder ett brickbord för att begränsa den enskildes rörelseförmåga. Jag hänvisar i denna del till vad jag anført i författningskommentaren till föregående paragraf i denna lag.

Ett beslut enligt denna paragraf behöver endast meddelas om den enskilde motsätter sig eller *ger uttryck för att motsätta sig* en åtgärd. Med att den enskilde ger uttryck för att motsätta sig menas att han eller hon varken verbalt eller fysiskt genom att t.ex. sparka med benen kan motsätta sig den ifrågavarande åtgärden men att det på något annat sätt framgår att han eller hon inte samtycker till åtgärden. Det kan t.ex. röra sig om minspel eller passivt motstånd från den enskilde.

Det ligger i sakens natur att det i ett beslut enligt denna bestämmelse är särskilt viktigt att noggrant precisera i vilken eller vilka situationer tvång får användas.

12 §

Av paragrafen framgår att det är socialnämnden som ska utreda om det finns anledning att använda en tvångs- eller begränsningsåtgärd enligt lagen. Paragrafen har behandlats i avsnitt 12.1.1.

Självfallet förhåller det sig på det sättet att det måste vara den nämnd (i detta betänkande benämnd socialnämnd) som har meddelat det beslut om bistånd enligt socialtjänstlagen eller den insats enligt LSS som utgör grunden för att denna lag kan bli tillämplig som ska ansvara för utredningen och sedermera eventuellt besluta eller hos länsrätten ansöka om att en tvångs- eller begränsningsåtgärd enligt lagen ska få vidtas. För det fall saken gäller flyttning till ett särskilt boende och den enskilde inte erhåller sådant stöd som anges i 4 § första stycket 2 eller 3 denna lag ankommer det på den nämnd inom kommunen som ansvarar för kommunens uppgifter inom socialtjänsten att genomföra utredningen. Detta följer av 2 kap. 2 § socialtjänstlagen.

13 §

Paragrafen har behandlats i avsnitt 12.14.

Man kan utgå från att den person för vilken en åtgärd enligt lagen övervägs på något sätt uppvisar tydliga signaler på nedsatt beslutsförmåga och därför behöver hjälp av någon för att kunna ta till vara sina rättigheter. I paragrafen regleras att den enskilde i mål och ärenden enligt denna lag ska företrädas av en god man som utses enligt 11 kap. 4 § föräldrabalken. Frågan om vem som ska utses till god man har behandlats i avsnitt 12.14.2. Som anförts där torde det vanligaste och mest ändamålsenliga vara att till god man utses en närstående till den berörde. Frågan om användningen av en åtgärd enligt lagen kommer av naturliga skäl att behöva handläggas skyndsamt. Mot den bakgrunden har i paragrafen införts en bestämmelse om att socialnämnden, så snart en utredning enligt lagen inleds, ska anmäla till överförmyndaren att den enskilde behöver företrädas av en god man. Denna skyldighet åligger näm-

den även om den enskilde redan skulle ha en god man eller förvaltare utsedd för sig, som har till uppgift att bevaka den enskildes rätt eller sörja för hans eller hennes person. Anledningen till detta är att det här rör sig om användande av tvångsåtgärder mot den enskilde och det därför är av mycket stor vikt för den enskildes rättssäkerhet att överförmyndaren får en möjlighet att ta ställning till om den redan utsedde gode mannen eller förvaltaren också är lämplig att företräda den enskilde i ett ärende enligt denna lag eller om en ny god man bör utses.

14 §

Paragrafen har behandlats i avsnitt 12.11.1.

I *första stycket* anges att det är socialnämnden som ska utse den som ska genomföra den medicinska undersökningen. Frågan om vilken läkar- och annan medicinsk kompetens som ska krävas för den som ska genomföra en undersökning av aktuellt slag föreslås få regleras av Socialstyrelsen i föreskrifter (se avsnitt 11.4).

Av paragrafen framgår att den medicinska undersökningen normalt kommer bli en obligatorisk del av utredningen. Mot den bakgrunden och då en undersökning av aktuellt slag av naturliga skäl brådskar införs inte några begränsningar vad gäller socialnämndens möjlighet att delegera rätten att besluta om en sådan undersökning. Ett beslut om en medicinsk undersökning ska inte gå att överklaga.

För det fall den enskilde inte vill medverka till undersökningen ges socialnämnden en möjlighet (se 26 §) att begära biträde av polis för att föra den enskilde dit undersökningen ska genomföras eller att bereda den som ska genomföra undersökningen tillträde till den enskildes bostad. Som anförts i den allmänna motiveringen ger dock bestämmelsen inte möjlighet till någon tvångsundersökning av den enskilde för det fall han eller hon motsätter sig den.

I *andra stycket* anges den uppgift som den som har utsetts att genomföra undersökningen har. Detta är att konstatera om den enskilde ingår i lagens personkrets, dvs. lider av en demenssjukdom och till följd av denna saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den åtgärd som övervägs. Det ankommer således inte på den som genomför undersökningen att ta ställning till om det finns förutsättningar för att använda den åtgärd som övervägs. Bestämmelsen har i övrigt behandlats i avsnitt 12.11.1.

15 §

Ett av lagens huvudsyften är (se 2 §) att begränsa användandet av tvångs- och begränsningsåtgärder till de situationer där de är nödvändiga. För att detta syfte ska kunna uppfyllas har jag med hänsyn till vad som kommit fram under utredningens arbete ansett att det är nödvändigt att i denna lag uttryckligen ange vissa uppgifter som måste finnas i den utredning som ska ligga till grund för ett beslut om en åtgärd enligt lagen ska få användas. Vilka dessa uppgifter är regleras i punktform i paragrafen. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 12.2.

När det gäller information m.m. till närstående enligt femte punkten bör det i regel, om annat inte framkommer under utredningens gång, vara tillräckligt att någon av dem kontaktas. Personal på t.ex. ett särskilt boende känner till vilka närstående som haft kontakt med den boende och som visat kunskap om och intresse för hans eller hennes förhållanden. Huvudvikten ligger givetvis vid att de beretts möjlighet till information och ställningstagande. Att de faktiskt lämnat synpunkter är inte något krav, även om syftet med att informera dem bl.a. är att få veta deras ståndpunkt i saken och hur de tror att den enskilde kommer att uppleva den tilltänkta åtgärden.

När det gäller frågan om vem som kan anses som närstående hänvisar jag till avsnitt 1.2.5. Det ska påpekas att bestämmelserna i sekretesslagen givetvis måste beaktas när det gäller frågan om samråd och information.

16 §

Slutliga beslut om att en tvångs- eller begränsningsåtgärd ska få användas ska meddelas av socialnämnden eller, efter ansökan från nämnden, av länsrätten. Länsrätten ska besluta om åtgärderna flyttning till ett särskilt boende och låsning av en dörr. De övriga åtgärderna, dvs. användande av sänggrindar, brickbord eller liknande anordningar, pejlings- och larmanordningar, tillåtelse att hålla fast eller föra bort någon till ett annat rum eller använda visst fysiskt tvång för att genomföra nödvändiga omvårdnadsåtgärder meddelas av socialnämnden. Grunden för denna uppdelning har behandlats i avsnitt 12.3.1.

Jag har i författningskommentaren till 12 § erinrat om att det är samma nämnd som har meddelat grundbeslutet om bistånd eller insatsen enligt LSS som ansvarar för utredningen enligt denna lag. Vidare har jag anförts att, för det fall saken gäller flyttning till ett särskilt boende och den enskilde inte erhåller sådant stöd som avses i 4 § första stycket 2 eller 3 denna lag, utredningsansvaret åligger den nämnd inom kommunen som ansvarar för kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Av detta följer att det också är den nämnden som ska fatta beslut eller inge en ansökan till länsrätten enligt denna paragraf.

Av *andra stycket* framgår att ett slutligt beslut eller en ansökan till länsrätten om att en åtgärd ska få vidtas inte får meddelas innan en god man förordnats. Mina överväganden i denna del har behandlats i avsnitt 12.3.1.

Det införs inte någon begränsning när det gäller socialnämndens möjlighet att delegera sin beslutanderätt avseende slutliga beslut. Däremot införs en begränsning när det gäller nämndens möjlighet att delegera beslutanderätten om att hos länsrätten ansöka om att någon ska flytta till ett särskilt boende eller att en dörr ska få låsas för någon. I dessa situationer ska delegation endast få ske till en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden. Ett tillägg med detta innehåll har gjorts i 10 kap. 4 § SoL. Vidare har i LSS införts en ny bestämmelse med motsvarande innehåll (22 a §).

Länsrätten ska enligt huvudregeln i 17 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar bestå av en lagfaren domare och tre nämndemän.

17 §

I paragrafen ges socialnämnden möjlighet att, om ett slutligt beslut inte kan avvaktas, meddela ett tillfälligt beslut om att en åtgärd enligt lagen får vidtas. Denna rätt omfattar samtliga åtgärder utom att flytta någon till ett särskilt boende. Till skillnad mot vad som gäller vid ett slutligt beslut eller vid en ansökan till länsrätten om att en åtgärd ska få vidtas krävs inte att en god man har hunnit förordnas för den enskilde.

Socialnämndens möjlighet att delegera beslutanderätten begränsas på samma sätt som gäller för en ansökan om att någon ska flytta till ett särskilt boende eller att en dörr ska få låsas. Ett tillägg om

detta har gjorts i 10 kap. 4 § SoL och i en ny föreslagen bestämmelse i LSS (22 a §). Då det här är fråga om beslut som måste fattas med mycket kort varsel får, vilket regleras i *andra stycket*, nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat besluta i frågan. Ett sådant beslut ska enligt vad som framgår av sista meningen i *andra stycket* anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 12.3.2.

Det kan uppstå situationer där behovet av att vidta en åtgärd är så brådskande att varken socialnämnden eller nämndens ordförande hinner kontaktas. I en sådan situation har den personal som har det faktiska ansvaret för vården och omsorgen av den enskilde att ta ställning till om det är fråga om en nödsituation och att åtgärden därför får vidtas med stöd av bestämmelserna om nöd i brottsbalken. Att med stöd av brottsbalkens regler använda sig av en tvångs- eller begränsningsåtgärd har var och en, således även personal i enskild verksamhet, rätt att göra. Denna situation har kommenterats mer utförligt i avsnitt 12.3.3.

18 §

Paragrafen har behandlats i avsnitt 12.6.

Om tidsfristen enligt paragrafen försitts upphör beslutet att gälla utan särskilt beslut därom. Av 19 § tredje stycket denna lag följer dock att socialnämnden har en skyldighet att upphäva beslut som inte längre behövs, nämnden ska alltså inte låta ett tillfälligt beslut förfalla utan upphäva det, om avsikten är att inte gå vidare till slutligt beslut.

Socialnämnden får enligt paragrafen besluta att förlänga den tid inom vilken nämnden ska meddela ett slutligt beslut beträffande någon av de åtgärder som anges i 8-11 §§ i denna lag med högst två veckor. Det är här fråga om att förlänga användandet av en åtgärd som innebär en kränkning av den enskildes integritet men som också kan innebära en begränsning av den enskildes rörelsefrihet. Det är därför av största vikt att nämnden noggrant överväger om och i så fall med vilken tid en förlängning behöver ske. Det får inte förekomma att en förlängning av den ifrågavarande tiden av slentrian eller per automatik sker med den angivna maximaltiden om två veckor. Av rättssäkerhetsskäl ska det fattas ett särskilt beslut om att denna tid har förlängts. Ett sådant beslut ska givetvis doku-

menteras. Det ska dock inte kunna överklagas. När det sedan gäller ett tillfälligt beslut om att låsa en dörr anser jag att detta är en så ingripande åtgärd att nämnden inte bör kunna förlänga ett sådant beslut. Jag hänvisar i denna del till vad jag anfört i den allmänna motiveringen (se avsnitt 12.6.2).

Som anförts i den allmänna motiveringen (se avsnitt 12.6.2) följer av allmänna rättsgrundsatser att socialnämnden inte kan meddela ett nytt tillfälligt beslut på samma grunder som ett tidigare meddelat tillfälligt beslut som har förfallit. För att ett nytt tillfälligt beslut ska kunna fattas krävs det således att nya eller liknande incidenter inträffar.

Bestämmelserna i 2 § lagen (1930:173) om beräkning av lagstadgad tid är avsedda att tillämpas på de i paragrafen angivna tidsfristerna. Detta innebär att om den dag som nämnden ska meddela ett slutligt beslut eller till länsrätten inge en ansökan om att en åtgärd ska få användas infaller på en söndag, annan allmän helgdag, lördag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton, det slutliga beslutet får meddelas eller ansökan får inges nästa vardag.

19 §

Beslut enligt lagen av socialnämnden eller länsrätten gäller enligt *första stycket* omedelbart, om något annat inte förordnas. Mina överväganden i denna del har behandlats i avsnitt 12.12. Det ska här betonas att, även om åtgärderna är sådana att de normalt behöver vidtas så snart som möjligt, det är viktigt att socialnämnden och domstolen noga överväger om det kan finnas skäl att förordna att ett beslut inte ska gälla omedelbart. Detta gäller särskilt ett beslut av domstolen om att någon ska flytta till ett särskilt boende, då denna åtgärd medför en mycket stor och ingripande förändring i den enskildes hela levnadssituation. Det är självfallet inte önskvärt med en situation där den enskilde flyttas fram och tillbaka mellan sitt ordinära boende och ett särskilt boende.

I *andra stycket* föreskrivs att ett beslut om att flytta någon till ett särskilt boende förfaller om det inte har verkställts inom fyra veckor från det att beslutet vann laga kraft. Regeln har införts i syfte att verkställigheten inte ska hållas svävande under alltför lång tid. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 12.7.4.

I *tredje stycket* fastslås att socialnämnden har rätt men också skyldighet att genast upphäva ett beslut om en tvångs- eller

begränsningsåtgärd som inte längre behövs. Bestämmelsen inbegriper såväl tillfälliga som slutliga beslut, och omfattar även sådana beslut som har fattats av domstol.

Frågan om upphävande av ett tillfälligt beslut har behandlats i avsnitt 12.6.3. Några begränsningar i rätten att delegera beslut av förevarande slag föreslås inte. Det innebär att de allmänna principerna för delegation av beslut av socialnämnd gäller.

Socialnämndens skyldighet att upphäva ett slutligt beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd kommenteras i avsnitt 12.5.5. Socialnämndens skyldighet att upphäva ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd omfattar samtliga åtgärder enligt lagen, dvs. även ett beslut om att någon har flyttats till ett särskilt boende. För det fall ett beslut om flyttning till ett särskilt boende upphävs efter det att det har verkställts ligger det i sakens natur att nämnden samtidigt genom ett beslut enligt 4 kap. 1 § SoL beviljar den enskilde plats på boendet. Jag har behandlat den sistnämnda frågan ytterligare i avsnitt 12.5.2.

Fjärde stycket första punkten innebär en skyldighet för socialnämnden att regelbundet hålla sig underrättad om och överväga om ett slutligt beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd fortfarande behövs. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 12.5.2. Ett sådant övervägande ska ske minst en gång var sjätte månad. Det första övervägandet ska därvid ske inom sex månader från det att beslutet blev verkställbart och därefter om beslutet kvarstår minst var sjätte månad. Det finns enligt lagen inte något undantag från skyldigheten att överväga beslutet. Nämnden är därför skyldig att göra detta även om frågan om åtgärdens användande vid den tidpunkt när övervägande ska ske är föremål för prövning i domstol. JO har i ett beslut (JO 1998/99 s. 298), som gällde ett övervägande av vård enligt 2 § LVU, uttalat att socialnämnden i en sådan situation kan fullgöra sin skyldighet att överväga vården i samband med att nämnden yttrar sig till domstolen eller vid en muntlig förhandling ger till känna sin inställning till behovet av vård. Det är enligt min mening rimligt att om den nu beskrivna situationen skulle uppstå i ett ärende om övervägande enligt denna lag saken löses på samma sätt.

I *fjärde stycket andra punkten* föreskrivs att socialnämnden är skyldig att ompröva, dvs. meddela ett formellt beslut som kan överklagas, ett beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd när den enskilde begär det. Att så ska ske är givetvis självklart. Jag har dock ansett att detta – för att utesluta varje tveksamhet om att så är

fallet – uttryckligen bör framgå av lagtexten. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 12.5.3.

Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar i fråga om övervägande/omprövning och upphävande av ett slutligt beslut om en tvångs- eller begränsningsåtgärd får endast ges åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden. Frågan har behandlas i avsnitt 12.5.6. Ett tillägg om detta har införts i 10 kap. 4 § SoL. Vidare har i LSS införts en ny bestämmelse med motsvarande innehåll (22 a §).

20 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 12.7.1

21 §

I paragrafen regleras den tidsfrist inom vilken länsrätten har att ta upp ett mål om ansökan om att en dörr ska få låsas där det finns ett tillfälligt beslut. Bestämmelsen innebär att den slutliga handläggningen, i form av muntlig förhandling eller föredragning, måste ha påbörjats inom den föreskrivna tiden. Föreligger särskilda skäl får länsrätten förlänga tiden. Ett sådant skäl kan t.ex. vara att ytterligare utredning måste inhämtas. Med hänsyn till målets brådskande karaktär ska emellertid tiden förlängas endast undantagsvis och när det är oundgängligen nödvändigt.

Bestämmelserna i 2 § lagen (1930:173) om beräkning av lagstadgad tid är avsedd att tillämpas på den i paragrafen angivna tidsfristen, se kommentaren till 18 § denna lag.

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 12.7.2.

22 §

I *första stycket* regleras domstolarnas skyldighet att hålla muntlig förhandling i mål om ansökan om flyttning till särskilt boende eller låsning av dörr eller mål om upphävande av sådana beslut. Regler om när muntlig förhandling ska hållas i övriga mål återfinns i 9 § förvaltningsprocesslagen (1971:289). Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 12.8.2. Frågan om var en muntlig förhandling ska hållas har behandlats i avsnitt 12.8.4.

I *andra stycket* ges domstol en möjlighet att beträffande en enskild som har kallats att inställa sig personligen vid vite förordna att han eller hon får hämtas till förhandlingen antingen omedelbart eller till en senare dag. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 12.8.3. Som jag anført där torde denna bestämmelse på grund av den enskildes hälsotillstånd i praktiken endast komma i fråga i något enstaka fall.

23 §

I *första stycket* regleras domstols befogenheter och skyldigheter att besluta om en medicinsk undersökning av den enskilde och att meddela samt häva ett tillfälligt beslut om att en åtgärd får användas.

Frågan om förordnande om medicinsk utredning har behandlats i avsnitt 12.11.2, meddela ett tillfälligt beslut i avsnitt 12.3.5 och möjligheten att häva ett tillfälligt beslut i avsnitt 12.6.3.

En domstol ska kunna meddela ett tillfälligt beslut beträffande samtliga åtgärder, dvs. även beträffande att flytta någon till ett särskilt boende, vilket inte socialnämnden som framgår av 17 § första stycket i förslaget ska kunna göra.

Om länsrätten häver ett tillfälligt beslut om att en dörr får vara låst åligger det domstolen att omgående meddela det särskilda boende där den enskilde vistas om detta. Även socialnämnden, som har huvudansvaret för vården och omsorgen av den enskilde, ska givetvis underrättas genast, detta bl.a. för att den så snart som möjligt ska kunna ta ställning till om beslutet ska överklagas. Nämnden ska också kontrollera att det särskilda boendet har nåtts av beslutet och har vidtagit de åtgärder som beslutet ger anledning till.

Av *andra stycket* framgår att nämndemän som huvudregel ska ingå i mål i kammarrätten enligt denna lag. Undantag görs endast för mål som avser frågan om en åtgärd ska få användas tillfälligt. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 12.9.2.

Vad gäller sammansättningen i länsrätten hänvisas till avsnitt 12.9.1 och författningskommentaren till lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar.

24 §

Paragrafen har behandlats i avsnitt 12.10.

25 §

Paragrafen har behandlats i avsnitt 12.15.

Med mål och ärenden avses mål och ärenden såväl om tillåtande som upphörande av en åtgärd.

För samtliga åtgärder utom flyttning till särskilt boende kan offentligt biträde förordnas först i mål enligt denna lag. Detta innebär att det är den enskilde själv eller hans eller hennes gode man som måste inge överklagandet. Därefter kan ett offentligt biträde förordnas.

26 §

Paragrafen, som reglerar socialnämndens och domstolens möjlighet att i vissa situationer begära hjälp av polis, har behandlats i avsnitt 12.13.

Socialnämnden ska inte kunna delegera rätten att besluta om polishandräckning till annan än en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden. Ett tillägg om detta har gjorts i 10 kap. 4 § SoL och i en ny föreslagen bestämmelse i LSS (22 a §). För att ett beslut om polishandräckning ska kunna fattas med tillbörlig skyndsamhet ges dock nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat i denna paragraf behörighet att fatta ett sådant beslut.

Förutom vem begäran avser och hans eller hennes adress kan en begäran behöva innehålla uppgift om vart den enskilde ska föras. Av begäran bör vidare framgå vilken tjänsteman på socialtjänsten som polisen vid behov kan ta kontakt med. Särskilt viktigt är det att polisen informeras om vart och till vem den kan vända sig om socialförvaltningen har stängt.

27 §

I bestämmelsen åläggs en sådan nämnd som anges i 3 § andra stycket 1 och 2 denna lag en skyldighet att kvartalsvis till länsstyrelsen rapportera alla fattade beslut gällande tvångs- och begränsningsåtgärder enligt denna lag.

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 16.6.6.

28 §

I bestämmelsen ges regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer möjlighet att meddela föreskrifter om tillämpningen av denna lag.

29 §

Paragrafen har behandlats i avsnitt 12.4.

Första stycket reglerar vilka beslut av socialnämnden som får överklagas och vem som får överklaga dessa beslut. Överklaganderätten avser ärenden om såväl tillåtande som upphävande av en åtgärd. Ett beslut av nämnden att upphäva ett beslut om att en åtgärd får användas omfattas således av överklaganderätten. Det kan diskuteras om detta ska vara möjligt, men jag har vid en samlad bedömning ansett det inte kan uteslutas att det någon gång kan finnas skäl att få ett sådant beslut prövat också i domstol. Därför har överklaganderätten inte begränsats i detta hänseende.

Bestämmelser om överklagande av förvaltningsdomstols beslut finns i förvaltningsprocesslagen (1971:291). I andra stycket anges dock att vissa beslut av domstol inte går att överklaga. I sammanhanget vill jag påpeka att även socialnämnden kan överklaga domstols beslut om det har gått nämnden emot (se avsnitt 12.4.2).

Jag föreslår att det inte ska införas något krav på prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten. Mina överväganden i denna del har behandlats i avsnitt 12.4.6.

30 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 14. 3.

17.2 Förslaget till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall

Förslaget har behandlats i avsnitt 13.

1 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitten 13.3–13.5.

I paragrafen anges vad lagen handlar om och dess tillämpningsområde.

Inledningsvis föreskrivs att lagen gäller för personer som omfattas av bestämmelserna i 4 § första stycket 1 lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall. Lagen gäller således för personer som lider av en demenssjukdom och till följd av detta saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den tvångs- eller begränsningsåtgärd som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg, dvs. när det gäller denna lag till en viss medicinsk behandling.

För att lagen ska vara tillämplig krävs vidare att den enskilde

1. beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453) till ett sådant boende som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 (särskilt boende) eller dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen,
2. beviljats insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), i form av bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 eller daglig verksamhet enligt 9 § 10 §, eller
3. med stöd av lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall har flyttats till ett särskilt boende. En förutsättning för att den lagen ska vara tillämplig beträffande en enskild som beviljats angivna insatser enligt LSS är att det är kommunen som är huvudman för insatserna. Även om de nu beskrivna förutsättningarna är uppfyllda är lagen ändå inte tillämplig om den enskilde vistas någon annanstans än i ett särskilt boende eller en dagverksamhet. Av detta följer att denna lag inte är tillämplig om en medicinsk behandling måste ges någon annanstans, t.ex. på en vårdcentral eller ett sjukhus.

Av paragrafen framgår vidare att lagen inte heller gäller i de fall den enskilde har beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen i form av hemtjänst i ordinärt boende.

I regeringens proposition, Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (2005/06:115 s. 79 f, se även prop. 1990/91:14 s. 54) framgår att s.k. korttidsboenden enligt socialtjänstlagen utgör ett särskilt boende enligt 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen.

I begreppet *direkt tvång* enligt lagen ingår såväl användande av fysiskt tvång som hot om att använda sådant tvång. Med tvång likställs enligt paragrafen en medicinsk behandling som ges på något annat sätt för att undvika användandet av direkt tvång. Ett typexempel på en sådan åtgärd är att medicin smulas ned i t.ex. filmjolk eller göms under pålägget på en smörgås.

Med *medicinsk behandling* avses såväl medicinering som annan behandling för att behandla sjukdomar och skador (se avsnitt 13.5).

Som redogjorts för i avsnitten 3.10.1 och 3.10.2 innehåller hälso- och sjukvårdslagen bl.a. grundläggande bestämmelser om vilka krav som gäller för all hälso- och sjukvård. Vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska vidare bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Dessa principer gäller självfallet även i de fall då det kan bli aktuellt att med stöd av denna lag använda tvång för att ge en patient som lider av en demenssjukdom nödvändig medicinsk behandling och medicin. Bestämmelserna i denna lag utgör således undantagsregler som anger när och i vilka situationer avsteg får göras från hälso- och sjukvårdslagens princip i fråga om patientens självbestämmande.

2 §

I paragrafen anges i *första stycket* under vilka förutsättningar en medicinsk behandling får genomföras med tvång. Vad som avses med att patientens hälsotillstånd riskerar att allvarligt försämrats om åtgärden inte vidtas har behandlats i avsnitt 13.9.

Lagens syften överensstämmer i allt väsentligt med de syften som gäller för lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall. En hänvisning till den lagens bestämmelser har därför gjorts i dessa avseenden i *andra stycket* i denna

paragraf. Jag hänvisar i denna del till författningskommentaren till 1-2 §§ i den lagen och där gjorda hänvisningar.

3 §

I paragrafen anges i *första stycket* att det ska vara den enskildes patientansvarige läkare som har behörighet att meddela ett beslut enligt lagen. Om en sådan inte finns får det anses följa av 27 § HSL att en sådan ska utses. För att den patientansvarige läkaren ska vara behörig att fatta ett beslut enligt lagen krävs att han eller hon är

1. läkare i allmän tjänst, eller
2. läkare i enskild verksamhet som enligt avtal med landstinget har till uppgift att besluta om att en medicinsk behandling får vidtas med tvång eller på något annat sätt för att undvika tvång.

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 13.7.

Ett beslut enligt lagen kan gälla en medicinsk åtgärd som den enskilde upplever som mycket ingripande och obehaglig. Det är därför av stor vikt att ett beslut inte gäller under längre tid än som är nödvändigt. En bestämmelse om att ett beslut om tvång vid medicinska behandlingsinsatser ska gälla för viss tid har därför införts i *tredje stycket*. Den medicinska behandling som det här är fråga om kommer till följd av att det ofta rör sig om långa och kroniska sjukdomsförlopp i de allra flesta fall att behöva vidtas under en längre tid. Mot den bakgrunden är enligt min mening en giltighetstid om tre månader lämplig. Givetvis kommer det – med hänsyn till det nyss anförda – bli vanligt förekommande att ett beslut måste gälla för längre tid än tre månader. Som framgår av bestämmelsen får ett meddelat beslut vid behov förlängas med som högst tre månader i taget så länge åtgärden bedöms nödvändig att få vidta. Någon tidsbegränsning införs således inte. Detta är i praktiken inte heller möjligt att göra. För att avbrott i möjligheten att använda den beslutade åtgärden inte ska inträffa måste ett beslut om förlängning meddelas innan det att tiden för det senast meddelade beslutet har löpt ut. Av 9 § följer att den patientansvarige läkaren, även om tiden för beslutet inte har löpt ut enligt detta stycke, är skyldig att fortlöpande överväga behovet av tvångsmöjligheten och om det begärs av den enskilde eller dennes gode man ompröva beslutet. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 13.9.

I fjärde stycket föreskrivs att ett slutligt beslut enligt lagen inte får meddelas innan en god man enligt föräldrabalken har förordnats. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 13.8.

4 §

I paragrafen regleras under vilka förutsättningar ett tillfälligt beslut om att en medicinsk behandling ska få vidtas med tvång eller på något annat sätt för att undvika tvång får meddelas. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 13.9.

Att den enskilde *måste antas* uppfylla kravet i 4 § första stycket 1 i förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall innebär att detta kriterium inte behöver vara helt klarlagt. Förhållandena i det enskilda fallet måste dock vara sådana att det framstår som mycket sannolikt att kriteriet är uppfyllt.

För att ett slutligt beslut enligt lagen ska kunna meddelas måste, som framgår av 3 § fjärde stycket, en god man ha förordnats för den enskilde. Något sådant krav uppställs inte i lagen när det gäller ett tillfälligt beslut (se avsnitt 13.8). När det gäller mina överväganden i denna del hänvisar jag också till avsnitt 12.3.2.

5 §

Paragrafen har behandlats i avsnitt 13.9.

Om tidsfristen enligt paragrafen försitts upphör det tillfälliga beslutet att gälla utan särskilt förordnande därom. Av 9 § tredje stycket denna lag följer dock att den patientansvarige läkaren har en skyldighet att upphäva ett beslut som inte längre behövs. Den patientansvarige läkaren ska alltså inte låta ett tillfälligt beslut förfalla utan upphäva det, om avsikten är att inte gå vidare till slutligt beslut.

Den patientansvarige läkaren ges i bestämmelsen en möjlighet att förlänga denna tid med ytterligare två veckor, om det är nödvändigt för att komplettera utredningen. Kompletteringen kan t.ex. avse frågan om den enskilde lider av en demenssjukdom och till följd av denna saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den medicinska behandling som anses nödvändig att få genomföra eller att god man ännu inte har hunnit förordnas för den enskilde.

Som framgår av 3 § fjärde stycket får ett slutligt beslut inte meddelas innan en god man har förordnats. Det rör sig här om åtgärder som innebär en kränkning av den enskildes integritet. Det är därför av största vikt att den patientansvarige läkaren noggrant överväger om och i så fall med vilken tid en förlängning behöver ske. Det får inte förekomma att en förlängning av den ifrågavarande tiden av slentrian eller per automatik sker med den angivna maximaltiden om två veckor. Av rättssäkerhetsskäl ska den patientansvarige läkaren fatta ett särskilt beslut om att tiden har förlängts. Ett sådant beslut ska givetvis dokumenteras.

Om ett tillfälligt beslut enligt 4 § har förfallit, kan ett nytt tillfälligt beslut inte meddelas på samma grunder som det tidigare beslutet. Detta följer av allmänna rättsgrundsatser. Jag hänvisar i denna del till avsnitt 12.6.2.

Bestämmelserna i 2 § lagen (1930:173) om beräkning av lagstadgad tid är avsedda att tillämpas på de i paragrafen angivna tidsfristerna. Detta innebär t.ex. att om den dag som den patientansvarige läkaren ska meddela ett beslut infaller på en söndag, annan allmän helgdag, lördag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton, det slutliga beslutet får meddelas nästa vardag.

6 §

I paragrafen föreskrivs att den enskilde i ett ärende eller mål enligt denna lag ska företrädas av en god man. Som framgår av 3 och 4 §§ i denna lag är det den patientansvarige läkaren som i första instans beslutar om att en medicinsk behandling får ske med tvång. Mot den bakgrunden har jag ansett det lämpligt att det ska åligga den patientansvarige läkaren att, så snart fråga uppkommer om en eller flera medicinska behandlingar behöver genomföras med stöd av denna lag, anmäla till överförmyndaren att den enskilde behöver företrädas av en god man. En bestämmelse med detta innehåll finns i denna paragraf.

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 13.8 När det gäller mina överväganden i denna del hänvisar jag också till avsnitt 12.14 och författningskommentaren till 13 § förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall.

7 §

I paragrafen föreskrivs att den enskilde, om det inte är uppenbart obehövt, ska genomgå en sådan medicinsk undersökning som avses i 14 § förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänstens i vissa fall. Det är således fråga om en undersökning som ska klarlägga om den enskilde lider av en demenssjukdom och till följd av denna sjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till den medicinska behandling som bedöms som nödvändig. När det gäller mina överväganden om den medicinska undersökningen hänvisar jag till avsnitt 12.11.1.

Av bestämmelsen framgår att det är den patientansvarige läkaren som ska besluta om genomförandet av undersökningen. Det ankommer också på denne att se till att undersökningen kommer till stånd. Frågan om vilken läkar- och annan medicinsk kompetens som ska krävas för den som ska genomföra en undersökning av aktuellt slag bör i likhet med vad som föreslås när det gäller förslaget om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall få regleras av Socialstyrelsen i föreskrifter (se avsnitt 11.4).

För det fall den enskilde inte vill medverka till undersökningen ges den patientansvarige läkaren en möjlighet (se 19 §) att begära biträde av polis för att föra den enskilde dit undersökningen ska genomföras eller att bereda den som ska genomföra undersökningen tillträde till den enskildes bostad. Som framgår av avsnitt 12.11.1 ger dock bestämmelsen inte möjlighet till någon tvångsundersökning för det fall den enskilde motsätter sig den.

8 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 13.11.

I likhet med vad som är fallet med förslaget om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall är ett av huvudsyftena med denna lag att begränsa användningen av tvång. Med hänsyn till detta har jag ansett att det i lagen uttryckligen bör anges vissa uppgifter som normalt ska finnas i den utredning som ska ligga till grund för ett slutligt beslut om att tvång får användas för en eller flera medicinska behandlingar.

När det gäller synpunkter m.m. från närstående hänvisar jag till vad jag har anfört i författningskommentaren till 15 § i förslaget till

lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall (andra stycket).

När det gäller frågan om vem som kan anses som närstående hänvisar jag till avsnitt 1.2.5. Det ska påpekas att bestämmelserna i sekretesslagen givetvis måste beaktas när det gäller frågan om samråd och information kan ske.

Den enskilde ska enligt vad jag föreslår kunna överklaga ett beslut av den patientansvarige läkaren gällande medicinska tvångsåtgärder (se 20 §) genom förvaltningsbesvär. Som framgår av 33 § förvaltningslagen (1986:223) innebär detta att den patientansvarige läkaren vid handläggningen av ett sådant ärende har att tillämpa 14–30 §§ i förvaltningslagen (se avsnitt 3.3). Det innebär t.ex. att bestämmelserna om kommunikering (17 §), motivering (20 §) och underrättelse (21 §) ska tillämpas i samband med att ett beslut enligt denna lag ska fattas. Detta kommer även att gälla vid omprövning och eventuella förlängningar av ett tidigare meddelat beslut.

9 §

För att ett beslut om att en medicinsk behandling ska få genomföras med tvång eller på något annat sätt för att undvika tvång krävs enligt denna lag att den enskildes hälsotillstånd riskerar att allvarligt försämrans om åtgärden inte genomförs. Det normala torde därför vara att den medicinska behandlingen är av brådskande karaktär. Mot den bakgrunden ligger det nära till hands att ett beslut om att en medicinsk behandling får ske med tvång alltid ska gälla omedelbart. Ett beslut om att tvång ska få användas vid en medicinsk behandling kan av den enskilde uppfattas som mycket integritetskränkande. Mot den bakgrunden och då den medicinska behandlingen inte behöver vara av akut karaktär (jfr vad jag anför under avsnitt 13.9 om olika sjukdomstillstånd) anser jag dock vid en samlad bedömning att den patientansvarige läkaren eller domstolen för att beslutet ska gälla omedelbart, måste förordna särskilt om detta. En bestämmelse med detta innehåll finns i paragrafens första stycke.

I *andra stycket* föreskrivs att övriga beslut enligt lagen gäller omedelbart. Under denna bestämmelse hänförs t.ex. tillfälliga beslut enligt 4 § denna lag, beslut om att upphäva ett beslut om att tvång får användas vid en viss medicinsk behandling och beslut om

att en sådan undersökning som avses i 14 § förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall ska genomföras.

Ett beslut om en åtgärd enligt lagen ska givetvis inte gälla längre än nödvändigt. Ett av de grundläggande syftena med lagen är ju att minska användningen av tvångsåtgärder. Mot den bakgrunden ska ett beslut enligt *tredje stycket* genast upphävas om de förutsättningar som låg till grund för beslutet inte längre föreligger. För att ett beslut om att upphäva en åtgärd ska kunna meddelas så snart som möjligt ska det vara den patientansvarige läkaren som meddelar ett sådant beslut i första instans. Bestämmelsen inbegriper såväl slutliga som tillfälliga beslut, och omfattar även sådana beslut som har fattats av domstol.

Första punkten i *fjärde stycket* innebär en skyldighet för den patientansvarige läkaren att regelbundet hålla sig underrättad om ett beslut om en åtgärd enligt lagen fortfarande behövs. Det är således inte tillräckligt att den patientansvarige läkaren förhåller sig passiv i saken och förlitar sig på att t.ex. den personal som ansvarar för den dagliga vården och omsorgen av den enskilde informerar honom eller henne om att tvång inte längre behövs, utan läkaren måste på eget initiativ skaffa in sådan information.

I andra punkten i *fjärde stycket* föreskrivs att den patientansvarige läkaren är skyldig att ompröva ett beslut om att tvång får användas, om den enskilde, dvs. i praktiken hans eller hennes gode man begär det. Att så ska ske är givetvis självklart. Jag har dock ansett att detta – för att utesluta varje tveksamhet om att så är fallet – uttryckligen bör framgå av lagtexten. Detta innebär att den patientansvarige läkaren, om en sådan begäran om omprövning framförs, är skyldig att fatta ett formellt beslut i saken. Ett sådant beslut kan överklagas enligt 20 § första stycket denna lag.

10 §

En patient som kan bli föremål för ett beslut enligt denna lag ska ha beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen till särskilt boende, dagverksamhet eller insats enligt LSS i form av bostad med särskild service för vuxna, daglig verksamhet eller flyttats till ett särskilt boende med stöd av förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall. Den nämnd inom kommunen som har meddelat ett sådant beslut kommer således att i de

flesta fall att ha ett stort ansvar för den vardagliga vården och omsorgen av den enskilde. En person som har stor betydelse när det gäller vården och omsorgen för den enskilde är också den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Därför är det viktigt att den ansvariga nämnden och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan får kännedom om ett beslut enligt denna lag. Mot den bakgrunden har i denna paragraf införts en skyldighet för den patientansvarige läkaren att genast när ett beslut enligt lagen har meddelats underätta den ansvariga nämnden och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan om beslutet.

Ett beslut om att tvång enligt denna lag får användas ska enligt 9 § upphävas genast när åtgärden inte längre behövs. Den patientansvarige läkarens underrättelseskyldighet omfattar givetvis också ett beslut om att ett tidigare meddelat beslut om att en medicinsk behandling får genomföras med stöd av denna lag, har upphävts.

11 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 13.12.

Ett beslut enligt denna lag avser möjligheten att med tvång ge en medicinsk behandling som anses nödvändig. Med hänsyn till detta och till den enskildes rättssäkerhet är det av mycket stor vikt att vissa uppgifter verkligen dokumenteras i patientjournalen. Likaså är det för JO:s och Socialstyrelsens tillsynsverksamhet och Hälso- och sjukvårdsnämndens granskning av stor betydelse att dessa uppgifter finns så det går att följa hur en fråga enligt denna lag har hanterats. Mot den bakgrunden har jag ansett att det är av stor betydelse att det uttryckligen av denna lag framgår att vissa särskilda uppgifter måste finnas med i patientjournalen. Vilka dessa uppgifter är regleras i denna paragraf.

12 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 13.12.

13 §

Jag hänvisar i denna del till vad jag har anfört i saken när det gäller mål och ärenden enligt lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänstens område i vissa fall.

14 §

I paragrafen regleras domstols skyldighet att hålla muntlig förhandling gällande slutliga beslut om användande av en tvångsåtgärd. Att använda tvång för att genomföra en medicinsk behandling är enligt min uppfattning en mycket ingripande åtgärd. Den kan också av den enskilde upplevas som mycket obehaglig och kränkande. Mot den bakgrunden anser jag att muntlig förhandling som huvudregel bör hållas i länsrätt och kammarrätt i sådana mål. När det gäller frågorna om när en muntlig förhandling kan anses uppenbart obehövlig, var en muntlig förhandling ska hållas och om förordnande av domstol om hämtning till en muntlig förhandling hänvisar jag till mina överväganden när det gäller motsvarande situationer enligt lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten (avsnitt 12.8.2–12.8.4). Jag vill här också tillägga att det inte är nödvändigt att en förhandling hålls i domstolens lokaler, utan det kan te sig naturligt att i vissa fall hålla en förhandling på det särskilda boende där den enskilde vistas.

15 §

I paragrafen regleras domstols möjlighet att förordna om en sådan medicinsk undersökning som avses i 14 § förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten. Mina överväganden i denna del överensstämmer med vad jag anfört i avsnitt 12.11.2 som behandlar motsvarande situation när det gäller tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänstens område.

16 §

I paragrafen föreskrivs att nämndemän som huvudregel ska ingå vid kammarrättens handläggning av mål enligt denna lag. Jag hänvisar i denna del till vad jag har anfört i avsnitt 12.9.2 när det gäller kam-

marrättens sammansättning i mål enligt lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall.

Beträffande länsrättens sammansättning hänvisar jag till avsnitt 12.9.1 och författningskommentaren till lagen om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar.

17 §

I paragrafen anges att delgivning inte får ske genom s.k. substitutsdelgivning eller kungörelsedelgivning enligt 12 eller 15 § delgivningslagen (1970:428). Bestämmelser med motsvarande innehåll finns i andra tvångslagstiftningar inom socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens områden (se avsnitt 12.10). Av samma skäl som anförs i sistnämnda avsnitt bör en sådan bestämmelse också införas i denna lag.

18 §

I paragrafen anges att offentligt biträde som huvudregel ska förordnas i mål enligt denna lag. När det gäller denna fråga hänvisar jag för en bakgrund till avsnitt 12.15.

Den enskilde ska som tidigare anförts företrädas av en god man i mål och ärenden enligt denna lag. Mot den bakgrunden anser jag det ur rättssäkerhetssynpunkt för den enskilde vara tillfyllest att offentligt biträde förordnas först när den enskilde eller hans eller hennes gode man har överklagat den patientansvarige läkarens beslut.

Av samma skäl som anförts när det gäller lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänstens område i vissa fall (avsnitt 12.15) anser jag emellertid att det i lagen bör införas en skyldighet för den patientansvarige läkaren att underrätta den enskilde och hans eller hennes gode man om möjligheten till offentligt biträde efter ett överklagande av läkarens beslut. En sådan bestämmelse har införts i *tredje stycket* i paragrafen.

19 §

Det kan på grund av att den enskilde eller någon annan, t.ex. en närstående, agerar på ett visst sätt uppstå situationer där den patientansvarige läkaren eller domstolen för att kunna uppfylla sina skyldigheter i denna lag kan behöva hjälp utifrån. Av paragrafen framgår att det ska finnas en möjlighet att begära biträde av polisen för att bereda den som ska genomföra en sådan medicinsk undersökning som avses i 14 § förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall tillträde till den enskildes bostad eller för att föra den enskilde till den plats där undersökningen ska genomföras, om detta ska ske på annan plats. När det gäller mina överväganden i denna del hänvisar jag till avsnitt 12.13.

Med den enskildes bostad i paragrafen avses ett särskilt boende enligt socialtjänstlagen eller en bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS.

20 §

Första stycket reglerar vilka beslut av den patientansvarige läkaren som får överklagas av den enskilde. Överklaganderätten avser såväl ärenden om tillåtande som upphävande av en åtgärd. Ett beslut av den patientansvarige läkaren att upphäva ett beslut om att en medicinsk tvångsåtgärd får användas omfattas således av överklaganderätten. Det kan diskuteras om detta ska vara möjligt, men jag har vid en samlad bedömning ansett att det inte kan uteslutas att det någon gång kan finnas skäl att få ett sådant beslut prövat också i domstol. Därför har överklaganderätten inte begränsats i detta hänseende. Bestämmelsen gäller även beslut som har fattats efter omprövning. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 13.10.1.

Bestämmelser om överklagande av förvaltningsdomstols beslut finns i förvaltningsprocesslagen (1971:289).

I sista punkten i *första stycket* föreskrivs att den patientansvarige läkaren inte får överklaga domstols beslut om medicinska tvångsåtgärder enligt denna lag. Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 13.10.2.

I *andra stycket* anges att ett beslut av domstol om att den enskilde ska genomgå en sådan medicinsk undersökning enligt 14 §

förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall inte går att överklaga.

Jag föreslår att det inte ska införas något krav på prövnings- tillstånd vid överklagande till kammarrätten. Mina överväganden i denna del har behandlats i avsnitt 13.10.1. Jag hänvisar i denna fråga också till vad jag anfört i saken när det gäller förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall (se avsnitt 12.4.6).

21 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 13.12 och 16.6.6.

22 §

I bestämmelsen ges regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer möjlighet att meddela föreskrifter om tillämpningen av denna lag och om hur rapporteringsskyldigheten ska genomföras.

17.3 Andra författningsförslag

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

18 §

Jag föreslår att länsrätten – när det gäller avgörande av mål om tillåtelse att använda en åtgärd som anges i lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall tillfälligt – som huvudregel ska vara domför med en lagfaren domare ensam. Ett tillägg om detta måste, såvitt avser de åtgärder som avses i 7–11 §§ i den angivna lagen, göras i fjärde stycket tredje punkten denna paragraf.

Länsrätten ska även kunna meddela ett tillfälligt beslut enligt 6 § förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall om att flytta någon till ett särskilt boende. Att länsrätten är domför med en lagfaren domare beträffande ett sådant beslut följer av 18 första stycket 4 denna lag.

Jag föreslår också att länsrätten – när det gäller avgörande av mål om tillfälliga beslut enligt lagen om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall – som huvudregel ska vara domför med en lagfaren domare ensam. Även detta förslag kräver ett tillägg i fjärde stycket tredje punkten denna paragraf.

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

7 kap. 2 §

Sekretess gäller enligt 7 kap. 1c § sekretesslagen, om inte annat följer av 2 §, 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 lider men. Givetvis omfattas uppgifter om den enskilde när det gäller ärenden om användande av tvång enligt förslaget till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall av denna paragraf.

Enligt min uppfattning bör inte beslut gällande användande av tvång enligt lagen om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall omfattas av sekretess. En bestämmelse om detta ska därför införas i denna paragraf. Mina överväganden i denna del har behandlats i avsnitt 14.1.

7 kap. 4 §

Mina överväganden gällande ändringen i denna bestämmelse har behandlats i avsnitt 14.2.

14 kap. 2 a §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 14.4.

16 kap. 1 §

Mina överväganden gällande ändringarna i denna paragraf har behandlats i avsnitt 14.1 och 14.2.

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

4 a §

Jag föreslår i förslaget till lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall att vissa åtgärder ska få vidtas utan samtycke eller med tvång mot personer som till följd av en demenssjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till en viss åtgärd i lagen som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg.

Mot den bakgrunden bör det införas en paragraf i LSS som erinrar om detta. Bestämmelsen har utformats med 1 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) som förebild.

22 a §

När det gäller beslut enligt förslaget till lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall föreslås att socialnämnden, dvs. beträffande LSS den eller de nämnder som utövar en kommuns verksamhet enligt lagen, beträffande vissa beslut endast ska kunna delegera sin beslutanderätt åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden. De beslut där denna begränsning föreslås gälla omfattar

- ansökan till länsrätten om att en dörr ska få låsas eller att den enskilde ska flytta till ett särskilt boende (16 §),
- beslut om att en åtgärd får användas tillfälligt (17 § första stycket),
- övervägande/omprövning och upphävande av ett slutligt beslut om användandet av en tvångs- eller begränsningsåtgärd (19 § tredje och fjärde styckena), och
- polishandräckning (26 §).

En ny paragraf där detta framgår bör införas i LSS. Paragrafen har utformats med 10 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) som förebild.

22 b §

I LSS finns inte någon allmän bestämmelse som reglerar s.k. ordförandebeslut.

I förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall föreslås att nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat ska kunna besluta i fråga om

- ett tillfälligt beslut om tillåtelse att använda en tvångs- eller begränsningsåtgärd, dock inte beträffande flyttning till särskilt boende (17 § andra stycket), och
- polishandräckning (26 §).

En ny paragraf som hänvisar till sådana bestämmelser bör därför införas i LSS. Paragrafen har utformats med 10 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) som förebild.

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

1 §

Den som bedriver vård får utföra automatiserad behandling av personuppgifter i vårdregister. I andra stycket anges vad som avses med vård i denna lag.

Jag föreslår att det ska införas en ny lag som ger möjlighet att under vissa förutsättningar använda tvång vid medicinsk behandling av personer som till följd av en demenssjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till en medicinsk behandling som har bedömts nödvändig för den enskilde. Lagförslaget innehåller åtgärder som är att anse som vårdåtgärder. Förslaget bör därför omfattas av lagen om vårdregister. Ett tillägg om att detta ska därför införas i andra stycket i denna paragraf.

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

1 kap. 3 §

I paragrafen erinras om att det finns bestämmelser om vård utan samtycke inom socialtjänstens område. Jag föreslår i förslaget till lagen (0000:0000) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall att vissa åtgärder ska få vidtas utan samtycke eller med tvång mot personer som till följd av en demenssjukdom saknar förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till en tvångs- eller begränsningsåtgärd i lagen som bedöms nödvändig för en ändamålsenlig och säker omsorg. Mot den bakgrunden ska i denna paragraf ett tillägg om den föreslagna lagen göras.

10 kap. 4 §

När det gäller beslut enligt förslaget till lagen om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall föreslås att socialnämnden beträffande vissa beslut endast ska kunna delegera sin beslutanderätt åt en särskild avdelning som består av ledamöter eller ersättare i nämnden. De beslut där denna begränsning föreslås gälla omfattar

- ansökan till länsrätten om att en dörr ska få låsas eller att den enskilde ska flytta till ett särskilt boende (16 §),
- beslut om att en åtgärd får användas tillfälligt (17 § första stycket),
- övervägande/omprövning och upphävande av ett slutligt beslut om användande av en tvångs- eller begränsningsåtgärd (19 § tredje och fjärde styckena), och
- polishandräckning (26 §).

De begränsningar i beslutanderätten som föreslås gälla i den angivna lagen ska framgå av denna paragraf.

10 kap. 6 §

I socialtjänstlagen finns inte någon allmän bestämmelse som reglerar s.k. ordförandebeslut. I denna paragraf hänvisas till sådana bestämmelser inom socialtjänstens område. I förslaget till lagen om

tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall föreslås att nämndens ordförande eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat ska kunna besluta i fråga om

- ett tillfälligt beslut om tillåtelse att använda en tvångs- eller begränsningsåtgärd, dock inte ett beträffande flyttning till särskilt boende (17 § andra stycket), och
- polishandräckning (26 §).

Ett tillägg om att det finns bestämmelser om s.k. ordförandebeslut i det angivna förslaget bör införas i denna paragraf.

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

2 §

Lagen är tillämplig vid behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, om behandlingen är helt eller delvis automatiserad eller om uppgifterna ingår i eller är avsedda att ingå i en strukturerad samling av personuppgifter som är tillgängliga för sökning eller sammanställning enligt ett eller flera särskilda kriterier.

I denna paragraf anges vad som i lagen avses med socialtjänst. Förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall utgör socialtjänst enligt denna lag.

Ett tillägg om detta ska därför göras i paragrafen.

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

1 §

Kommuner och landsting kan med stöd av 3 kap. 3a § kommunallagen (1991:900) bilda gemensamma nämnder. I 1 § lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet anges att ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget i en gemensam nämnd kan fullgöra landstingets och kommunernas uppgifter inom vård- och omsorgsområdet. I bestämmelsen anges också vilka av landstingets och kommunernas uppgifter som kan fullgöras i en gemensam nämnd.

Såväl kommunens uppgifter enligt förslaget till lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall som landstingets uppgifter enligt förslaget till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall bör enligt min mening kunna fullgöras inom en sådan gemensam nämnd som anges i denna lag. Ett tillägg om detta ska därför göras i denna paragraf.

17.3.8 Följdändringar

De nu framlagda förslagen kan leda till vissa ändringar i förordningar.

Särskilt yttrande

av experten *Elisabeth Rynning*

Utgångspunkter

Frågan om hur vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga ska ges ett godtagbart rättsligt skydd inom hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen, har länge betraktats som en både etiskt och praktiskt svårhanterlig utmaning för lagstiftaren. Det handlar dels om att garantera även beslutsinkompetenta personer tillgång till god vård på villkor som är likvärdiga med andra grupper, dels om att skyddet för hälsa och säkerhet måste balanseras av ett tillfredsställande skydd för självbestämmande och personlig integritet, samt för den enskildes rättssäkerhet. I detta avseende motsvarar svensk rätt ännu inte den minimistandard som angivits av Europarådet. Först genom Förmynderskapsutredningens slutbetänkande (SOU 2004:112) presenterades förslag till bestämmelser om ställföreträdare för icke beslutskompetenta vuxna vid bl.a. åtgärder inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, innefattande lagstadgade möjligheter för enskilda att själva i förväg påverka valet av ställföreträdare samt få sina tidigare önskemål rörande vården beaktade. Förslagen har ännu inte lett till någon lagstiftning.

Särskilt känslig blir frågan om rättsskydd och rättssäkerhet för personer med nedsatt beslutsförmåga, när det gäller åtgärder som vidtas med tvång eller som på annat sätt inskränker den enskildes frihet. Sådana ingripande åtgärder bör en ställföreträdare enligt Förmynderskapsutredningens uppfattning inte vara behörig att besluta om, utan de måste regleras i särskild ordning. Av andra kapitlet i regeringsformen framgår också att inskränkningar i enskildas skydd mot exempelvis påtvingat kroppsligt ingrepp eller frihetsberövande måste ha stöd i lag. Utanför tillämpningsområdet för lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård saknas det i princip lagstöd för tvång och andra frihetsbegränsningar i vården av icke beslutskompetenta vuxna, bortsett från de undantagssituationer som kan anses falla under brottsbalkens allmänna nödregler.

Genomförda studier visar på en betydande okunskap bland den berörda personalen, om vilka åtgärder som kan anses tillåtna och vem som är behörig att fatta olika beslut. Nödreglernas extraordinära karaktär medför också att såväl beslutsprocessen som beslutens innehåll blir svåra att förutsäga. Härtill kommer att den praktiska verkligheten ibland kan föranleda åtgärder, vilka uppenbart inte faller inom nödreglernas tillämpningsområde, trots att de kanske skulle kunna anses etiskt försvarliga. Det får antas att sådana åtgärder i de allra flesta fall vidtas för den enskilde vårdtagarens eget bästa. Oavsett detta är en situation där personalen förväntas bryta mot grundlagen, samtidigt som vårdtagarna saknar grundläggande rättssäkerhetsgarantier, givetvis inte godtagbar.

Sammantaget finns ett tydligt behov inte bara av utbildning utan också av klagörande rättslig reglering, avseende utrymmet för tvång och andra frihetsinskränkningar i vården av personer med nedsatt beslutsförmåga, inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Målsättningen måste därvid vara att förekomsten av sådana åtgärder så långt möjligt minskas, samt att de frihetsinskränkande åtgärder som inte kan undvaras, blir beslutade och genomförda på ett sätt som är förenligt med grundläggande rättssäkerhetskrav. Detta är också den inställning som kommer till uttryck i den föreliggande utredningen.

Avgränsningsproblemen

Utredningens direktiv är emellertid i första hand inriktade på vården av personer som har nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom. Det är mot denna bakgrund förståeligt att utredaren har accepterat att göra motsvarande avgränsning i sina förslag, samtidigt som han pekar på de problem detta medför och framhåller behovet av att en mera allmän lagstiftning införs, åtminstone på sikt. Utredaren ger också uttryck för förhoppningen att de nu lämnade förslagen ska utgöra det första steget mot ett sådant generellt regelverk.

Avgränsningen av den berörda personkretsen, tillsammans med de svårigheter som föranleds av komplicerade förhållanden rörande de olika huvudmännen inom vård och omsorg, har dock bidragit även till andra avgränsningar. Exempelvis föreslås den nya skyddsregleringen inte vara tillämplig vid slutenvård på sjukhus, då det inte anses möjligt att låta beslut fattade inom kommunen få verk-

ställas i landstingets verksamhet. Möjligheten att låta någon medicinskt ansvarig inom landstinget besluta om skyddsåtgärder enbart i vården av patienter med en viss diagnos har inte heller ansetts lämplig. I detta sammanhang är det viktigt att påminna sig målsättningarna minskad tvångsanvändning och ökad rättssäkerhet, samt att vården ska kunna bedrivas utan regelmässiga brott mot svensk grundlag och Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna. Enskilda medborgares behov av ett tillfredsställande rättsligt skydd i vården kan därvid inte antas vara beroende av att de har en viss sjukdomsdiagnos eller vistas inom en viss huvudmans ansvarsområde. Trots att den föreliggande utredningen onekligen kan bli ett viktigt steg på vägen mot en mera allmän reglering av dessa svåra frågor, utgör den också ytterligare ett exempel på hur olyckligt utformade direktiv och begränsad resurstilldelning för utredningsarbetet bidrar till framväxten av splittrad särreglering på områden där vi snarare skulle behöva övergripande reformer och ett samlat regelverk, präglad av helhetssyn och konsekvens.

Begreppet "nedsatt beslutsförmåga"

Även analysen av det för utredningen mycket centrala begreppet "nedsatt beslutsförmåga" torde ha påverkats av de nämnda avgränsningarna. Det framgår av direktiven att utredaren bland annat ska föreslå vilken grad av oförmåga som måste vara konstaterad för att någon ska kunna bli föremål för skyddsåtgärder som innefattar tvång eller andra frihetsinskränkningar. Utredaren ska vidare belysa konsekvenserna av olika synsätt på den grad av beslutsförmåga som krävs beroende på olika åtgärders komplexitet och angelägenhetsgrad. Särskilda svårigheter kan uppstå där den enskilde kan klara vissa ställningstaganden men inte andra, eller där förmågan skiftar över tid.

Möjligheten av en varierande grad av beslutsförmåga anges också i utredningen som ett skäl för att en medicinsk undersökning kan vara nödvändig även om diagnosen demenssjukdom sedan tidigare är fastställd. Det förhållandet att en person på grund av demenssjukdom måste antas ha en viss nedsättning av beslutsförmågan, behöver således inte innebära att förmågan därmed automatiskt är otillräcklig för alla ställningstaganden som kan aktualiseras. För att de föreslagna bestämmelserna om tvång och andra frihetsinskränkningar ska vara tillämpliga krävs att vårdtagaren saknar förmåga att

lämna ett grundat ställningstagande just till den särskilda åtgärd som övervägs. En utredning av beslutsförmågan ska därför föregå det formella beslutet om att en viss åtgärd enligt den nya regleringen får vidtas. Frågan hur personalen vid verkställande av beslutet, i en senare vård- eller behandlingssituation, ska bedöma – och beakta – vårddagarens aktuella beslutsförmåga, samt vilka kriterier eller metoder som därvid bör användas, diskuteras emellertid inte närmare. Det får antas att förutsättningarna för en sådan analys skulle ha varit bättre om utredningens uppdrag hade innefattat en mera övergripande genomgång av skyddsåtgärder för olika patientgrupper med skiftande grad av nedsatt beslutsförmåga.

Särskilt om förslaget till lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall

I den föreslagna lagen om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall, blir de negativa konsekvenserna av utredningens avgränsningar särskilt besvärande. Svårigheterna att finna ett väl avvägt förhållningssätt till frågan om påtvingad medicinsk behandling just i vården av personer med demenssjukdom, har sammantaget lett till ett förslag som inte i alla delar framstår som tillräckligt genomarbetat.

Utredaren har till exempel inte utnyttjat möjligheten att uttryckligen reglera förutsättningarna för sådana behandlingsåtgärder som redan idag torde anses få genomföras med stöd av brottsbalkens nödregler, vilket skulle ha bidragit till ökad tydlighet och en lagstiftning bättre anpassad till den aktuella verksamheten. Valet att inte reglera frågan torde i stor utsträckning ha varit beroende av att tillämpningsområdet för nödrätten vid medicinsk vård och behandling är en fråga som berör en betydligt fler patienter än de som lider av demenssjukdom. Genom att de föreslagna nya bestämmelsernas förhållande till nödreglerna inte blivit tillräckligt belyst, har emellertid även den nya lagens tillämpningsområde blivit mindre tydligt definierat.

Som framgått ovan kan situationen vidare bli den att en medicinsk behandlingsåtgärd som får genomföras med direkt eller indirekt tvång så länge patienten vistas i ett särskilt boende, inte längre blir tillåten om patienten läggs in på sjukhus. Om utredningen hade valt motsatt lösning, dvs. att lagen skulle vara tillämplig även inom landstingets hälso- och sjukvård, skulle det å andra sidan ha lett till

iögonenfallande skillnader rörande förutsägbarhet och rättsligt skydd vid påtvingad behandling av just demenspatienter, jämfört med exempelvis strokepatienter på samma avdelning.

Sammantaget måste det konstateras att även om punktinsatser och tillfälliga sÄrlösningar ibland kan vara motiverade, har utredningsuppdragets avgrÄnsningar i detta fall medfört ett antal icke önskvärda komplikationer, vilka också påverkar de framlagda förslagen. Även ovissheten om den framtida hanteringen av Förmynderskapsutredningens förslag avseende området för hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen har försvårat det aktuella uppdraget. Om svensk rätt rörande patientens ställning mera allmänt måste anses svårtillgänglig och i vissa delar oklar, gäller detta i särskilt stor utsträckning de patienter som av olika skäl har bristande beslutsförmåga. Samtidigt som det föreliggande förslaget kan bidra till vissa förbättringar avseende rättsskydd och rätts-säkerhet för just patienter med demenssjukdom, illustrerar det också tydligt grundläggande tillkortakommanden hos den svenska hälso- och sjukvårdsrätten. Tills dess att en mera samlad översyn av regelverket kommer till stånd förblir bestämmelserna om patientens ställning i vården ett svåröverskådligt lapptäcke, med betänkliga glipor i det rättsliga skyddet.

Kommittédirektiv



Skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga

**Dir.
2005:11**

Beslut vid regeringssammanträde den 3 februari 2005.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas för att 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. I Förmynderskapsutredningens uppdrag (Ju 2002:04) ingick inte att utreda möjligheterna att införa bestämmelser om bruk av tvång.

Utredaren skall i sitt arbete göra avvägningar mellan å ena sidan behovet av skydd för integriteten hos en person som har nedsatt beslutsförmåga till följd av demenssjukdom och å andra sidan behovet av att skydda henne eller honom från risken för att allvarligt skada sig själv eller andra. Om utredaren finner att bestämmelser bör införas som medger skydds- och eller tvångsåtgärder i vissa fall skall utredaren lämna förslag till sådan lagstiftning. Till grund för utredarens bedömning av om ett förslag till lagstiftning skall utarbetas skall ligga en analys av frågan om regeringsformens bestämmelser och den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna ger utrymme för en sådan lagstiftning.

Utredaren skall föreslå på vilket sätt det skall kunna fastställas att en person har bristande beslutsförmåga, vem som skall avgöra det och utifrån vilka kriterier. Vidare skall utredaren föreslå vilken grad av oförmåga och varaktighet som skall vara konstaterad för att någon skall kunna omfattas av skydds- eller tvångsåtgärder. Utredaren skall i ett eventuellt förslag om skydds- eller tvångsåtgärder föreslå vilka åtgärder som skall vara möjliga att använda. Utredarens förslag till författningsreglering skall även omfatta bestämmelser om hur beslut, dokumentation, insyn och tillsyn skall utformas.

Bakgrund

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 till exempel 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. Det samma kan gälla för äldre personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av andra sjukdomstillstånd, till exempel 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.

Frihetsinskränkande åtgärder inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom förutsätter den enskildes samtycke. Saknas samtycke så saknas rättsliga möjligheter att vidta sådana åtgärder. Oavsett om den enskilde har beslutsförmåga eller inte kan inte någon annan i den enskildes ställe samtycka till frihetsinskränkande åtgärder. Ett rättsligt stöd för användning av frihetsinskränkande åtgärder kan endast ges genom att införa lagstiftning på området.

Socialstyrelsen

Enligt rapporten Skyddsåtgärder inom äldreomsorgen (Socialstyrelsen 1999) förekommer det att personal använder olika former av begränsande åtgärder med hänvisning till att de varit motiverade från vårdsynpunkt eller en nödsituation. Användningen av tvångsåtgärder i en eller annan mening förekommer emellertid i en utsträckning och med en sådan regelmässighet att det går utöver vad som i 24 kap. brottsbalken normalt kan avses med nödsituation av tillfällig art.

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. Det är inte fritt från komplikationer att använda eller avstå från att använda skyddsåtgärder som begränsar den enskilde vårdbehövandes frihet. Fastspänning kan förstärka rädsla, oro, apati eller ett aggressivt beteende.

Lagstiftningen

Grundläggande i både hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) och socialtjänstlagen (2001:453; SoL) är att slå vakt om den enskildes självbestämmande, integritet och värdighet. Vård och behandling enligt HSL skall ges med respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården och behandlingen skall så långt som det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vård- och omsorgsinsatser enligt SoL förutsätter att den enskilde själv ansöker om insatsen. I akuta nödsituationer är det dock möjligt att även utan samtycke vidta åtgärder för att rädda den enskildes liv eller hälsa. Lagstiftningen tar dock enbart sikte på fall och situationer där den enskilde kan tillgodogöra sig information, göra egna överväganden och ta ställning till erbjudanden om vård och omsorg.

Skyddet för grundläggande rättigheter

I 2 kap. 6 § regeringsformen föreskrivs att varje medborgare gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp. Vidare förklaras i 2 kap. 8 § att varje medborgare gentemot det allmänna är skyddad mot frihetsberövande. Skyddet enligt denna princip får enligt 2 kap. 12 § begränsas genom lag om det görs för att tillgodose ändamål som är godtagbart i ett demokratiskt samhälle.

Av 2 kap. 23 § regeringsformen framgår 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).

Internationella konventioner m.m.

Åtgärder som vidtas inom äldreomsorgen för att tillgodose de äldres trygghet och säkerhet kan utgöra en kränkning av de skyddade rättigheter som anges i *Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna*. Enligt artikel 5:1 har var och en rätt till frihet och personlig säkerhet. Det fastslås att frihetsberövande bara får ske med stöd av lag och i den ordning som lagen föreskriver. När detta får ske är såvitt här är av intresse begränsat till att förhindra spridning av smittosam sjukdom eller därför att den enskilde är psykiskt sjuk, alkoholmissbrukare, missbrukare av droger eller lösdrivare. Enligt artikel 8:1 har var och en rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Inskränkningar i detta skydd 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 till vissa angivna allmänna och enskilda intressen. Som exempel på sådana intressen nämns i artikeln skyddet för hälsa och andra personers fri- och rättigheter. Allvarliga kränkningar av den fysiska integriteten kan utgöra sådan omänsklig eller förnedrande behandling som avses i artikel 3 och därför stå i strid med konventionen.

I *Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin*, som antogs 1996, betonas att en patient måste ge sitt fria och informerade samtycke till åtgärder inom hälso- och sjukvårdsområdet.

I Europarådets rekommendation om det rättsliga skyddet för hjälpbehövande vuxna finns rekommendationer om bland annat vissa skyddsåtgärder.

Användning av tvång enligt lag

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) är normalt inte tillämplig på personer med demenssjukdom. Även om demenssjukdom i vissa fall kan utgöra en allvarlig psykisk störning så är utrymmet för att ge somatisk vård med stöd av LPT begränsat till sluten psykiatrisk vård. I vård av äldre i äldreomsorgen är inte LPT

möjlig att använda. Syftet med tvångsvård enligt LPT är i första hand att den enskilde skall bli i stånd att frivilligt medverka till vård och ta emot det stöd han eller hon behöver.

De nödsituationer som avses i 24 kap. 4 § brottsbalken tar sikte enbart på situationer av tillfällig och akut karaktär som till exempel att avvärja omedelbar risk för att någon skall komma till skada. Bestämmelserna är inte avsedda att utgöra rättsgrund för beslut om den dagliga vården och omsorgen om personer som på grund av demenssjukdom har nedsatt beslutsförmåga.

Demensarbetsgruppen

Regeringens demensarbetsgrupp (S2002:A) konstaterade i departementspromemorian – På väg mot en god demensvård (Ds 2003:47) att det finns behov av att se över lagstiftningen i syfte att stärka rättssäkerheten för personer med nedsatt autonomi. Arbetsgruppen säger i promemorian (s. 141) att en särskild utredning bör tillsättas med uppgift att överväga och ta ställning till om det fordras en särskild lagstiftning som gör det möjligt att vidta tvångsåtgärder efter noggrann prövning och med iakttagande av etiska principer och då alla andra frivilliga vägar prövats. Arbetsgruppen menar att en sådan lagstiftning skulle minska det tvång som förekommer inom demensvården.

Ställföreträdande beslutsfattande

Utredningen (Ju2002:04) om förmyndare, gode män och förvaltare (Förmyndarskapsutredningen), gavs av regeringen i uppdrag att se över lagstiftningen kring ställföreträdare för vuxna personer med bristande beslutsförmåga (dir. 2002:55). Utredningen har i betänkandet Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112) lämnat förslag till ny lagstiftning på området. Bland annat föreslås att anhöriga får legal status som ställföreträdare bland annat på socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område. Även möjligheter att utfärda vårddirektiv och så kallade framtidsfullmakter föreslås. Den senare möjligheten skulle innebära att en person kan, medan han eller hon har beslutskompetens, ge en fullmakt till en annan person som skall

företräda honom eller henne den dag som personen inte längre har möjlighet att besluta på grund av sjukdom.

Enligt utredningens förslag skall dock en ställföreträdare inte ha rätt att för den enskildes räkning medge åtgärder som innebär att denne utsätts för tvång eller förleds att acceptera medicinering eller någon annan liknande ingripande åtgärd.

I praktiken är skyddet för den enskilde som har nedsatt beslutsförmåga och som blir föremål för skydds- eller tvångsåtgärder i dag svagt.

Rättsläget i de nordiska länderna

Ett lagförslag som syftar till att förebygga och begränsa bruket av tvång i omsorgen om personer med demenssjukdom förbereds i Norge. Reglerna föreslås gälla inom äldreomsorgen och är inte avgränsade till särskilda boenden annat än i vissa fall. I Danmark finns lagstiftning som riktar sig mot personer med nedsatt psykisk funktionsförmåga och som inte samtycker till omsorg som är nödvändig för den enskilde. Lagen innehåller bestämmelser om åtgärder som individuella larm och övervakningssystem, fasthållande, hindrande åtgärder och flyttning till särskilt boende utan samtycke. Finland har ingen lag om tvång eller skyddsåtgärder i vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

Uppdraget

Den särskilde utredarens huvuduppgift är att bedöma behovet och i förekommande fall utformningen av en särskild lagstiftning med bestämmelser om skydds- och tvångsåtgärder i vården av äldre personer med demenssjukdom. Utredaren skall analysera hur en sådan lagstiftning kan bidra till att användningen av tvångsåtgärder mot personer med demenssjukdomar minskas. I vissa situationer kan det finnas behov av att utifrån vårdhänsyn vidta begränsande tvångsliknande åtgärder. Bestämmelserna i brottsbalken om nödsituationer kan inte användas som stöd för regelmässigt bruk av begränsande eller tvingande åtgärder. Om utredaren finner att möjlighet till tvångsåtgärder i vissa fall behöver införas i lagstiftningen skall utredaren föreslå hur en sådan reglering skall utformas

för att ge en för den enskilde rättssäker hantering och en för verksamheterna praktiskt hanterbar ordning.

Utredaren skall även bedöma om det finns andra personer än sådana som lider av en demenssjukdom som på grund av sjukdom, skada eller andra förhållanden också har nedsatt beslutsförmåga och därmed ett motsvarande behov av förstärkt skydd. Det skulle till exempel kunna gälla personer med stroke.

Utredaren skall analysera om regeringsformens hänvisning till den *Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna* ger utrymme för en tvångslagstiftning som omfattar personer med demenssjukdom eller annan sjukdom som satt ned beslutsförmågan. I analysen skall det bland annat redovisas om begreppet psykisk störning i europakonventionen kan anses omfatta nämnda personer och om åtgärder som är begränsade i tid och omfattning är att bedöma som frihetsinskränkande. Det är angeläget att utredaren i sin analys redogör för hur andra länder, främst de nordiska, arbetat med sin lagstiftning med avseende på åtaganden genom europakonventionen.

Utredaren skall föreslå hur man skulle kunna fastställa att en person har bristande beslutsförmåga, vem som skall avgöra det och utifrån vilka kriterier. Vidare skall utredaren föreslå vilken grad av oförmåga och varaktighet som skall vara konstaterad för att någon skall kunna omfattas av eventuella tvångsåtgärder. Beslutsförmåga är inte konkret definierat i hälso- och sjukvårdssammanhang och i socialtjänst. Därför är det viktigt att i utredningen belysa konsekvenserna av olika synsätt på graden av beslutsförmåga som krävs beroende på olika åtgärders komplexitet och angelägenhetsgrad. Särskilda svårigheter kan uppstå där den enskilde kan klara vissa ställningstaganden men inte andra eller där förmågan skiftar över tid.

Vid konflikter där krav på effektivitet, arbetsmiljö eller andra patienters intressen behöver tillgodoses kan risken vara betydande att den enskilde patientens intressen inte tillräckligt beaktas. Den patient som inte har beslutsförmåga bör ha ett skydd för sina anspråk på trygghet och en effektiv vård och behandling så att tvång inte ersätter god vård och omsorg.

I den dagliga verksamheten i vården av personer med demenssjukdom eller liknande sjukdomstillstånd som nedsatt beslutsförmågan är det vanligt att personal ser att de måste skydda personer exempelvis från att skada sig själva genom fall, från att lämna bostaden och därigenom utsätta sig för fara eller från att genom ett

aggressivt beteende riskera att skada andra. Liknande överväganden kan personalen behöva göra när det gäller daglig medicinering eller omvårdnad, till exempel personlig hygien och intag av mat och dryck. Det är i dessa situationer angeläget att största möjliga hänsyn kan tillmätas den enskildes på olika sätt uttryckta vilja.

Utredaren skall i ett eventuellt förslag om tvångslagstiftning lämna förslag på hur ett bruk av tvång eller andra inskränkningar skall regleras för att inte riskera att gå längre än vad som är motiverat av syftet. Tvångsåtgärder och andra begränsningar får inte vara en utväg annat än i nödvändiga fall. Inte heller får tvångsåtgärder bli en ersättning för vård och omsorg. Utredaren skall också föreslå hur etiska värden skall kunna skyddas i de överväganden som görs och där praktiska hänsyn annars riskerar att ta överhanden.

Vilka åtgärder skall vara möjliga?

Utredaren skall överväga om flyttning från eget boende skall kunna påtvingas någon enskild och i så fall föreslå hur en reglering skall utformas. Om den enskilde inte vill flytta men inte kan klara sig själv och tillräcklig säkerhet inte kan åstadkommas behöver det belysas hur sådana situationer skall lösas.

Många gånger finns en stor risk för att personer med till exempel demenssjukdomar vill lämna sitt boende på egen hand. De utsätter sig därigenom för en risk att allvarligt komma till skada. Åtgärder som ofta kommer till användning för att förebygga att så sker är olika former av inlåsning eller låsanordningar som är svåra att öppna. Individuella larm eller övervakningssystem kan betraktas både som åtgärder som ger trygghet och viss rörelsefrihet men kan också ses som integritetskränkande åtgärder. Fastspänning får efter ordination av läkare användas för att möjliggöra aktivering av en patient som är så svag att denne annars skulle falla ur stolen. Annan användning av fastspänningsanordningar än den avsedda förekommer trots dessa restriktioner. Det ingår i utredarens uppdrag att analysera vilken reglering för användning av olika begränsningsåtgärder, larm och övervakningssystem som behövs och vid behov föreslå en sådan.

Utredaren skall även se över hur regler för möjlighet till medicinsk behandling mot patientens uttryckliga eller förmodade vilja skulle kunna utformas. 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. Det behöver också belysas hur patienternas rättssäkerhetsgarantier skall utformas i dessa fall.

Utredaren skall analysera om de förslag utredaren lämnar skall gälla generellt där personer i målgruppen vistas och får sin vård och omsorg eller om skillnad behöver göras mellan vårdinrättningar och olika boendeformer. Det kan vara så att vissa åtgärder kan göra kvarboende i eget boende möjligt ytterligare en tid och därigenom utesluta en påtvingad flyttning tidigare än nödvändigt.

Utredaren skall utarbeta sina förslag med beaktande av dels de förslag som Förmyndarskapsutredningen lämnat, dels Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Utredaren bör ta del av hur andra länder har valt att hantera motsvarande problemställningar.

Beslut, dokumentation, insyn och tillsyn

Utredaren skall föreslå hur en reglering av rätten att fatta beslut och av dokumentation, insyn och tillsyn skall utformas för att uppfylla krav på god rättssäkerhet. För den enskildes rättssäkerhet är det angeläget att utredning och dokumentation sker på ett sådant sätt att det framgår att alla andra frivilliga åtgärder har prövats först. Utredaren skall föreslå hur utredningar skall göras för att utesluta att tvingande eller begränsande åtgärder vidtas i stället för andra mindre ingripande åtgärder. Vidare skall förslag lämnas på vem som skall ha beslutanderätten, om särskilda kompetenskrav för sådan beslutsfattare behöver fastställas och på vilket sätt domstolsprövning skall ske. Utredaren skall vidare lämna förslag på hur insyn och tillsyn skall utformas så att tillämpningen sker inom acceptabla gränser. Det är också angeläget att säkra att fortsatt utveckling av kunskap och metoder för bemötande sker och att tekniska hjälpmedel som stärker den enskildes autonomi kommer till praktisk nytta för att bidra till en minskad användning av tvångsåtgärder.

Författningsreglering

Utredaren skall föreslå de författningsändringar som behövs för att genomföra förslagen.

Övrigt

Om förslagen påverkar kostnader för staten, landstingen eller kommunerna skall en beräkning av dessa kostnader redovisas. Om förslagen medför kostnadsökningar för stat, landsting eller kommuner skall utredaren föreslå en finansiering.

Uppdraget skall redovisas senast den 31 december 2006.

(Socialdepartementet)

Förslagen i Förmynderskapsutredningens slutbetänkande (SOU 2004:112) såvitt gäller ställföreträdarskap inom hälso- och sjukvården respektive området för social välfärd¹

Ställföreträdarskap inom hälso- och sjukvården

Vuxna personer som av olika anledningar saknar förmåga att själva ta ställning till vård eller behandling kan med gällande regler mera sällan få hjälp av en ställföreträdare (god man eller förvaltare) i beslutsfattandet. Vanligen vidtas åtgärder för sådana patienter med stöd av s.k. hypotetiska samtycken, dvs. samtycken som grundar sig på en bedömning av hur den enskilde skulle ha ställt sig till den angelägenhet som är i fråga, om han hade kunnat ta ställning.

Utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare (Förmynderskapsutredningen) har funnit att ställföreträdande beslutsfattande inom hälso- och sjukvården är en vedertagen konstruktion i bl.a. de övriga nordiska länderna och att vissa internationella instrument på området förutsätter att en ställföreträdare finns att tillgå för beslutsinkompetenta patienter. Enligt utredningen är det rådande rättsläget i Sverige därför inte tillfredsställande.

I betänkandet föreslås att en ny lag införs om ställföreträdare för vuxna med bristande beslutsförmåga inom hälso- och sjukvården m.m. I lagen – som av utredningen benämns LSH – behandlas även vissa närbesläktade bestämmelser om behandlingen i fråga om sådana patienter.

Beslut om att en patient skall anses sakna beslutsförmåga skall kunna fattas, om patienten p.g.a. psykisk störning, sjukdom, skada eller liknande förhållande uppenbarligen inte förmår att tillgoda sig information i en fråga rörande vården, att självständigt överväga konsekvenserna av beslut i frågan eller att meddela sin mening. Ett sådant beslut skall grunda sig på den uppkomna angelägenhetens karaktär och förhållandena när patientens ställningstagande aktualiseras och bör endast fattas om det har betydelse för

¹ PM 2005-04-13, Justitiedepartementet, enheten för familjerätt och allmän förmögenhetsrätt.

patientens vård. Beslutet skall kunna begränsas till att avse särskilda delar av vården eller behandlingen.

Det skall ankomma på hälso- och sjukvårdspersonal att fatta beslutet. Patienten skall få ett meddelande om att det har fattats och skall ha möjlighet att överklaga det till förvaltningsdomstol.

När en patient saknar beslutsförmåga skall alltså han eller hon representeras av en ställföreträdare. Det är patientens ställföreträdare som tar ställning i frågor om samtycke till åtgärder inom vården. Ställföreträdaren skall även kunna företräda patienten i andra frågor som gäller hälso- och sjukvården. Trots att patienten har en ställföreträdare, är det patientens egen mening som skall fälla avgörandet, om han eller hon själv kan ta ställning; patienten är således på intet sätt ”omyndigförklarad”.

I första hand skall till ställföreträdare tas en person som patienten själv har utsett. Utöver framtidsfullmäktig², som alltså kan utses i en framtidsfullmakt när den enskilde har kvar sin beslutsförmåga, skall patienten kunna utnämna ett ”vårdombud”. Ett vårdombud skall kunna utses i anslutning till viss vård eller vistelse i t.ex. ett särskilt boende för äldre. Även för sådana utpekanden skall krävas att den enskilde/patienten har tillräcklig beslutsförmåga.

Om inte en framtidsfullmäktig eller ett vårdombud har utsetts, skall patienten representeras av en anhörig. Patienten skall själv i förväg kunna avböja att (vissa) anhöriga företräder honom eller henne.

Om en framtidsfullmäktig, ett vårdombud eller anhöriga inte skall eller kan representera den beslutsinkompetente patienten måste en god man förordnas. Så är fallet när någon annan ställföreträdare inte finns att tillgå, avböjer att representera den enskilde, inte kan anträffas eller annars är ur stånd att föra patientens talan. En anmälan till överförmyndaren måste då göras från vårdpersonalens sida om behovet av god man. Detsamma skall gälla om ställföreträdaren inte uppfyller vissa lämplighetskrav eller i klar strid med patientens intresse vägrar samtycke till en åtgärd. Även vid oenighet mellan anhöriga med gemensam behörighet måste en anmälan komma till stånd.

² Förmyndarskapsutredningen lämnar förslag till en ordning med s.k. framtidsfullmakter. Innebörden av detta är att den enskilde på avtalsrättslig väg skall kunna avgöra vem som skall ha att sköta hans eller hennes angelägenheter för det fall att vederbörande i framtiden skulle bli beslutsinkompetent. Detta skall ske genom att den enskilde, medan han eller hon har beslutskompetens, utfärdar en fullmakt åt en annan person att företräda honom eller henne den dag som han eller hon på grund av sjukdom förlorar sin beslutsförmåga.

Enligt Förmynderskapsutredningens förslag skall en ställföreträdare inte med bindande verkan kunna godta att patienten utsätts för tvång eller förledd att acceptera medicinering eller någon annan åtgärd.

Företräderskap inom området för social välfärd

Ett annat område där frågan om ställföreträderskap får betydelse, inte minst för personer som saknar beslutsförmåga, är den sociala välfärden. Visserligen finns det i dag möjligheter att anordna ställföreträderskap enligt föräldrabalken i sådana frågor, men även här finner utredningen att behovet av icke myndighetsanordnade ställföreträderskap gör sig gällande.

Utredningen föreslår en ny lag om ställföreträdare för vuxna med bristande beslutsförmåga inom den sociala välfärden (LSV). Lagen skall gälla angelägenheter som rör bl.a. insatser som avses i socialtjänstlagen (2001:453), insatser för särskilt stöd och särskild service som avses i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, ersättning för personlig assistans enligt lagen (1993:389) om assistansersättning samt förmåner genom socialförsäkring och bidragssystem som anges i 3 kap. socialförsäkringslagen (1999:799).

Lagen skall – till undvikande av gränsdragningsproblem – inte gälla ställföreträderskap för allmän omvårdnad som ges i samband med hälso- och sjukvård.

I övrigt är uppbyggnaden av den nya lagen i stort identisk med vad som föreslås gälla inom hälso- och sjukvården. Följaktligen förutsätts att beslut om att en person skall anses sakna beslutsförmåga skall kunna fattas, om 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 företräderskap 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.

Skaran av ställföreträdare som kan bli aktuell är i stort sett densamma som inom hälso- och sjukvården. Även vårdombud skall

kunna ha behörighet, förutsatt att de redan har förordnande enligt LSH i fråga om pågående vård eller boende.

Ställföreträdare ges i lagen behörighet att ansöka om sociala förmåner och att ta ställning i frågor om samtycke till hjälp- och stödåtgärder. Den som åtagit sig uppgiften att företräda den enskilde skall även bära visst ansvar för att uppgifter lämnas och att anmälningar görs enligt berörd lagstiftning.

Inte heller enligt LSV skall en ställföreträdare med rättslig verkan kunna godta tvångsåtgärder eller motsvarande. Patientens förmodade inställning skall, liksom enligt LSH, vara rättesnöre för ställföreträdarens agerande. Myndigheter m.fl. som svarar för att förmåner m.m. ges till den enskilde – i lagen kallade förmångsivare – skall ha ett visst ansvar för att ställföreträdaren representerar den enskilde på ett godtagbart sätt.

DANMARK¹**Lagstiftning om tvångsåtgärder inom det sociala området**

Regler om tvångsåtgärder (magtanvendelse) beträffande vuxna med betydande och varaktigt nedsatt psykisk funktionsförmåga finns i 21 kapitlet (109 § och 109 a–m §§) i loven om social service (serviceloven). I 67 a § serviceloven finns en bestämmelse som ålägger kommuner och amtskommuner en omsorgsplikt om personer med en betydande nedsatt psykisk funktionsförmåga. Bestämmelserna om magtanvendelse infördes den 1 januari 2000.

Föreskrifter rörande bestämmelserna om magtanvendelse finns i en s.k. bekendtgørelse, ”Bekendtgørelsen om magtanvendelse och andre indgreb i selvbestemmelseretten over for voksne efter kapitel 21 i lov om social service”, nedan bekendtgørelsen.

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 till vara på sig själva och som ofta inte heller har förmåga att lämna ett giltigt samtycke, dels för den personal som arbetar med dessa människor (Vejledning om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelseretten overfor voksne, herunder pedagogiske principer [Lov om social service § 67 a og kapitel 21], Socialministeriet, 2004, s. 12, nedan kallad Vejledningen).

Enligt 67 a § serviceloven åligger det kommunen eller amtskommunen att erbjuda hjälp i enlighet med servicelovens ändamål (jfr 67 §) till personer som till följd av en betydande nedsatt psykisk funktionsförmåga inte kan ta tillvara på sina egna intressen. Skyldigheten föreligger oavsett om det finns ett samtycke från den enskilde. Hjälpen kan dock, enligt vad som uttryckligen framgår av bestämmelsen, inte lämnas genom användande av fysiskt tvång. För

¹ PM 2005-10-04.

att få använda fysiskt tvång krävs att förutsättningarna i 21 kapitlet serviceloven är uppfyllda.

Bestämmelsen fastslår en skyldighet för kommunerna att aktivt verka för att undvika brister i omsorgen (omsorgssvigt) gällande aktuella personer. Omsorgsplikten motiveras av att personer med en betydande nedsättning av den psykiska funktionsförmågan många gånger inte är i stånd att avge ett nödvändigt samtycke till ett erbjudande om en särskild insats enligt lagen. 67 a § serviceloven utgör därför den generella grunden för de sociala myndigheterna att sätta in det bistånd som behövs för att målsättningen med en insats ska kunna uppfyllas i förhållande till de svagaste grupperna. Omsorgsplikten omfattar endast de personer för vilka det redan finns ett beslut om att erbjuda en insats enligt serviceloven (Vejledningen s. 15).

Av 109 § första stycket serviceloven framgår att huvudsyftet med bestämmelserna om magtanvendelse m.m. är att begränsa användandet av tvångsåtgärder så mycket som möjligt. I paragrafen uppställs härutöver vissa ytterligare allmänna förutsättningar inför/vid användandet av tvångsåtgärder. Således anges att ingreppen aldrig får ersätta omsorg, vård och socialpedagogiskt bistånd, att det skall finnas erforderlig dokumentation om den nedsatta psykiska funktionsförmågan, att man innan en åtgärd sätts in har försökt att få den enskilde att medverka på frivillig väg, att en mindre ingripande åtgärd alltid ska användas före en mer ingripande åtgärd om det är tillräckligt och att tvångsåtgärder alltid ska utövas så kortvarigt och skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsynstagande till den enskilde och andra närvarande.

Enligt 109 § andra stycket serviceloven gäller bestämmelserna om magtanvendelse personer med en betydlig och varaktigt nedsatt psykisk funktionsförmåga som erhåller hjälp och stöd enligt servicelovens bestämmelser. Den persongrupp som omfattas av bestämmelserna om magtanvendelse är således snävare än den persongrupp som omfattas av omsorgsplikten i 67 a § samma lag, då det i den sistnämnda paragrafen inte finns något krav på att funktionsnedsättningen skall vara varaktig.

För att magtanvendelsebestämmelserna ska bli tillämpliga krävs vidare att den enskilde inte samtycker till att en åtgärd enligt 109 a–e §§ serviceloven vidtas. Med att inte samtycka menas att den enskilde antingen på ett aktivt sätt motsätter sig en viss åtgärd eller förhåller sig passiv i frågan (Vejledningen s. 30).

Bestämmelserna gäller oavsett vilket boende den enskilde har, dvs. bestämmelserna är också tillämpliga i den enskildes eget hem (Vejledningen s. 25 f).

Av 109 a–g §§ serviceloven framgår att det antingen är kommunen, amtskommunen eller den sociala nämnden som ska besluta i frågor om användande av tvångsåtgärder och att vissa av de beslut som kommunen eller amtskommunen kan fatta ska godkännas av nämnden innan de får utföras. Med hänsyn till att sådana beslut inte anses falla in under det faktiska utförandet är det den ansvariga myndigheten som ska besluta i saken. Det finns inte någon möjlighet för kommunen eller amtskommunen att delegera beslutanderätten till någon utanför myndigheten. Det finns inte heller någon delegationsrätt för den sociala nämnden vad gäller att godkänna en kommuns eller amtskommuns beslut eller att själv meddela beslut (Vejledningen s. 22).

I den sociala nämnden ingår, när det gäller frågor om tvångsåtgärder, en representant som har utsetts av kommuneföreningen i amtet, en representant som har utsetts av amtskommunen samt en representant som har utsetts av ”De Samvirkende Invalideorganisationer”. Ordförande för nämnden är ”statsamtmanden” (Vejledningen s. 24).

Även om själva beslutanderätten inte går att delegera utanför myndigheten finns det inte något hinder i den sociala lagstiftningen mot att överlåta själva utförandet av en åtgärd till någon annan, t.ex. selvvejende institutioner eller andra privata (Vejledningen s. 22). Enligt 2 § bekendtgørelsen åligger det den person, som i enlighet med en kommuns eller amtskommuns bemyndigande, är ansvarig för att åtgärder enligt 109 a–e §§ serviceloven tas i bruk, att se till så att en åtgärd inte används längre än som är nödvändigt.

I 109 a–e §§ behandlas de särskilda tvångsåtgärder m.m. – personliga alarm- och pejlingssystem, särskilda dörröppnare, fasthållning, kvarhållning, fastspänning och beslut om att någon ska flyttas till ett särskilt boende – som är möjliga att använda inom det sociala området. De i paragraferna nämnda åtgärderna avses utgöra en uttömmande uppräkningslista av de åtgärder som kan vara tillåtna att vidta (Vejledningen s. 10).

Om det föreligger en risk för att en person genom att lämna boendet eller dagverksamheten utsätter sig själv eller andra för en risk att lida personskada kan kommunen eller amtskommunen, om det i det särskilda fallet är nödvändigt för att undvika denna risk, besluta om att under en avgränsad period använda ett personligt

larm- eller pejlsystem för den aktuella personen (109 a § första stycket).

Bestämmelsen reglerar två typer av system dels ett alarmsystem som syftar till att uppmärksamma personal eller andra (t.ex. anhöriga) på att den enskilde lämnar boendet, dels ett pejlings-system som kan användas till att spåra en försvunnen person (Vejledningen s. 37). Utrustning som kontinuerligt övervakar en person är dock inte tillåten att använda (3 § första stycket bekendtgörelsen). Ett beslut om användande av ett alarm- eller pejlings-system ger inte heller någon möjlighet att hålla fast en person för att på så sätt hindra denne från att lämna boendet (jfr Vejledningen s. 38).

I 109 a § andra stycket ges en kommun eller amtskommun möjlighet att för en begränsad tidsperiod för en eller flera personer besluta om att använda särskilda dörröppnare vid ytterdörrarna. För att ett sådant beslut ska kunna meddelas krävs det att det föreligger en näraliggande risk för att en eller flera personer genom att lämna boendet eller dagverksamheten utsätter sig själv eller någon annan för att lida väsentlig personskada. Det krävs vidare att åtgärden är absolut nödvändig i det enskilda fallet för att undvika denna risk och att man dessförinnan förgäves har prövat lagens övriga möjligheter.

Med särskilda dörröppnare avses t.ex. dörröppnare med dubbla dörrgrepp, dubbeltryck för öppning och liknande anordningar. En särskild dörröppnare får endast verka fördröjande i förhållande till den enskildes rätt att komma och gå som han eller hon önskar, detta i syfte att personalens uppmärksamhet ska riktas på att den enskilde är på väg ut. Det får därför inte vara fråga om några egentliga låssystem (3 § andra stycket bekendtgörelsen och Vejledningen s. 39). För det fall särskilda dörröppnare används ska det – med hänsyn till de boendes rätt att fritt komma till och gå från boendet som de önskar – sättas upp ett dörlarm, som ska tillförsäkra att de som inte kan hantera de särskilda dörröppnarna får hjälp med detta (109 a § tredje stycket.).

Ett beslut om särskilda dörröppnare ger inte – om inte samtidigt bestämmelsen i 109 c § är tillämplig – någon möjlighet att kvarhålla en person som omfattas av ett beslut om särskilda dörröppnare, utan han eller hon ska i likhet med andra som behöver det få nödvändig hjälp med att hantera dem (109 a § tredje stycket och 3 § tredje stycket bekendtgörelsen).

Under samma förutsättningar som anges i 109 a § kan kommunen eller amtskommunen enligt 109 c § besluta om att fysiskt tvång får användas för att förhindra att en person lämnar ett boende eller för att föra tillbaka denne till boendet. Med boendet avses förutom det individuella boendet också de gemensamma uppehållsområdena kring boendet och dagverksamhet m.m. (Vejledningen s. 39). Ett beslut om fasthållning ska innehålla uppgift om hur länge det gäller.

I 109 d § behandlas möjligheten för kommunen eller amtskommunen att i olika situationer, i syfte att förhindra fall, besluta om att någon ska kunna spännas fast med hjälp av ”stofseler”. Enligt paragrafen är det möjligt att besluta om fastspänning om det föreligger en näraliggande risk för att personen i fråga utsätter sig själv för att lida väsentlig personskada och att förhållandena i det aktuella fallet är sådana att ett beslut är absolut nödvändigt. Även ett beslut om fastspänning ska innehålla en uppgift om under vilken tidsperiod beslutet gäller. Det anges också uttryckligen i bestämmelsen att det åligger den beslutande myndigheten att löpande värdera om en mindre ingripande åtgärd kan användas.

Vid riskbedömningen krävs det, för att bestämmelsen ska vara tillämplig, att det finns en konkret vetskap om att den berörde antingen ofta har försökt att utföra handlingar, som kan innebära en risk för fall eller ofta plågas av kramper, spasmer och liknande som medför en risk för väsentlig personskada. Ett antagande om att personen vill eller kommer att företa sig något som kan innebära att han eller hon utsätter sig för att lida en väsentlig personskada är däremot inte tillräckligt. En väsentlig personskada kan bl.a. vara brutna ben, utslagna tänder och hjärnskakning, dock inte t.ex. en mindre stukning. Vad som utgör en väsentlig personskada ska emellertid ske utifrån en värdering av den enskildes hälsotillstånd (Vejledningen s. 43).

Som uttryckligen framgår av paragrafens lydelse får fastspänning ske endast i syfte att förhindra fall. Det är således inte tillåtet att spännas fast någon med t.ex. bälte, hand- och fotremmar för att hindra honom eller henne från att gå, springa, sparka, klösa m.m., dvs. för att lugna ned den berörde – s.k. fiksering – (Vejledningen s. 27 och 42).

Kommunen eller amtskommunen kan enligt 109 b § första stycket besluta om att en person ska få hållas fast eller föras bort till ett annat rum om det finns en näraliggande risk för att personen utsätter sig själv eller någon annan för att lida väsentlig person-

skada och förhållandena i det särskilda fallet är sådana att åtgärden är absolut nödvändig.

Bestämmelsen ger möjlighet att i en akut situation hålla fast någon eller föra denne till en annan lokal. Ett beslut enligt bestämmelsen fattas – då det alltid är fråga om en akut uppkommen situation – i praktiken av den kommunala eller amtskommunala personalen på kommunens eller amtets uppdrag. En enligt bestämmelsen tillåten fasthållning får aldrig innefatta våld, såsom t.ex. slag och sparkar. Det måste för att bestämmelsen ska vara tillämplig vara fråga om en verklig och överhängande risk för att den berörde gör något som är ägnat att skada sig själv eller någon annan. Det är mot bakgrund härav inte tillräckligt att man endast har en föraning om att den enskilde kommer att företa sig något som kan medföra att personen själv eller någon annan lider väsentlig personskada. Att en person t.ex. knuffar eller daskar till någon räcker inte för att bestämmelsen ska bli tillämplig. Inte heller utgör verbala hotelser i sig själv grund för att utgöra en sådan risk som krävs. Väsentliga personskador kan utgöras av brutna ben, hjärnskakning, förlorade tänder, skärsår, förgiftningstillstånd, brännskador och bett. Av bestämmelsen framgår också att åtgärden måste vara absolut nödvändig. Detta innebär att det inte är tillåtet att hålla fast någon, om det är möjligt att avvärja risken för personskada på andra och mindre ingripande sätt (Vejledningen s. 33 f).

I paragrafens andra stycke behandlas frågan om möjligheten att hålla fast en person i hygiensituationer. Det föreskrivs där att kommunen eller amtskommunen undantagsvis och för en begränsad tidsperiod får besluta att en person får hållas fast om detta anses som en absolut nödvändighet för att kunna fullgöra omsorgsplikten om den enskilde i personliga hygiensituationer. Närmare föreskrifter om fasthållning i denna situation finns i 4 § bekendtgörelsen. I den bestämmelsen anges bl.a. följande.

- Fasthållning får endast användas i vissa speciellt angivna situationer, nämligen i samband med tandborstning, rakning, hårtvätt, badning, klädbyte, klippning av hår och naglar, byte av blöjor och bindor, hudvård eller borttagning av matrester i kindpåsar eller munhåla.
- Kommunen eller amtskommunen ska i beslutet ange i vilka hygiensituationer som fasthållning får användas.
- Det får vid fasthållandet inte användas några hjälpmedel.

- Det ska föreligga proportionalitet mellan fasthållningen och det syfte som skall uppnås genom den.
- Ett beslut om att fasthållning får ske får endast tillåtas under en tidsperiod om tre månader, dock med möjlighet till förlängning med maximalt ytterligare tre månader. För det fall den enskildes förhållanden därefter förvärras kan nya beslut om fasthållning meddelas för en period om tre månader med möjlighet till förlängning i upp till totalt sex månader.

En kommuns eller amtskommuns beslut om användande av alarm- och pejlingssystem, särskilda dörröppnare, kvarhållning i och återförande till boendet ska läggas fram för den sociala nämnden för godkännande om beslutet har fattats mot den berördes vilja, dvs. när den enskilde aktivt har motsatt sig beslutet. Beslutet får som huvudregel inte verkställas förrän nämnden har godkänt det. Det finns dock en möjlighet att om det är nödvändigt verkställa beslutet innan nämndens avgörande. I ett sådant fall ska saken läggas fram till nämnden för godkännande senast inom två veckor från det att beslutet verkställdes (109 f § första och fjärde styckena). I de fall då en tvångsåtgärd har verkställts innan den sociala nämnden har tagit ställning i frågan ska nämndens avgörande meddelas den som har rätt att klaga på det eller en representant för denne omedelbart efter det att nämnden har avgjort saken (5 § bekendtgörelsen).

Den sociala nämndens ställningstagande till om en kommuns eller amtskommuns beslut ska godkännas ska fattas inom en vecka från det att beslutet togs emot. Om nämnden inte hinner sammanträda inom denna tid kan nämndordföranden besluta i dess ställe. Nämnden ska härefter vid sitt nästkommande sammanträde ta ställning till ordförandens beslut (109 f § tredje stycket).

Kommunens eller amtskommunens framställan till nämnden ska innehålla en redogörelse för att villkoren för att beslutet ska få verkställas är uppfyllda, erforderlig utredning om den nedsatta funktionsförmågan, den hjälp och den vård som har tillhandahållits innan framställningen om verkställighet gavs in, den förväntade tidsperiod inom vilken tvångsåtgärden beräknas behöva användas samt de anhörigas respektive den eventuelle vaergens (motsvarande gode mannens eller förvaltarens) synpunkter på åtgärden (109 f § andra stycket).

Den sociala nämndens beslut enligt 109 f § kan överklagas till "Ankestyrelsen" av den enskilde själv, kommunen eller amtskom-

munen. I de fall den enskilde inte är i stånd att överklaga beslutet kan en make eller maka, en anhörig, en vaerge eller någon annan representant för den enskilde överklaga beslutet. Överklagandetiden är fyra veckor (109 j §).

För det fall saken gäller ett beslut enligt 109 c § kan Ankestyrelsens beslut överklagas till "Landsretten" inom fyra veckor från det att klaganden har mottagit styrelsens beslut. I den mån "Processbevillningsnaevnet" anser saken vara av principiell betydelse kan saken också bli föremål för prövning i "Højesteret" (109 k § serviceloven).

Beslut om fasthållning enligt 109 b § och beslut om alarm- och pejlingssystem, särskilda dörröppnare, kvarhållande i och tillbakaförande till ett boende samt fastspänning – som inte träffas mot den enskildes vilja – omfattas inte av bestämmelsen i 109 f § om den sociala nämndens godkännande. För att tillförsäkra att den sociala nämnden även ska kunna pröva nu nämnda typer av beslut i de fall den enskilde förhåller sig passiv till beslutet eller inte är i stånd att själv klaga finns i 109 i § en möjlighet för en make eller maka, anhörig, en vaerge eller någon annan representant för den beslutet rör att klaga på kommunens eller amtskommunens beslut till den sociala nämnden.

Det åligger kommunen eller amtskommunen att ompröva ett behov av att använda alarm- och pejlingssystem samt särskilda dörröppnare löpande och senast åtta månader efter den sociala nämndens senaste godkännande. Detsamma gäller för beslut rörande möjligheten att kvarhålla någon i eller föra tillbaka någon till ett boende. När det gäller beslut om fastspänning ska behovet av en sådan åtgärd också omprövas löpande, och senast 18 månader efter den sociala nämndens senaste godkännande.

21 kapitlet serviceloven innehåller förutom tidigare nämnda tvångsåtgärder också en möjlighet att besluta om att någon ska flyttas till ett särskilt boende.

I 109 g § serviceloven föreskrivs att det är den sociala nämnden som ska besluta om intagning i ett särskilt boende, när den berörde inte har samtyckt till åtgärden, dvs., antingen aktivt har givit uttryck för att inte vilja flytta eller har förhållit sig passiv i frågan (Vejledningen s. 51). För att nämnden ska kunna fatta ett sådant beslut krävs det att en kommun eller amtskommun har lämnat in en hemställan härom. Nämnden ska besluta i saken senast två veckor efter det att hemställan mottogs.

Enligt 109 e § första stycket kan kommunen eller amtskommunen hos den sociala nämnden hemställa att nämnden beträffade någon som motsätter sig flyttning eller som inte kan ge ett informerat samtycke härtill ska tas in på ett särskilt boende. I bestämmelsen uppställs ett antal villkor som ska vara uppfyllda för att någon utan samtycke ska kunna flyttas till ett särskilt boende, nämligen att det är absolut nödvändigt för att personen ska kunna få erforderlig hjälp, hjälpen inte kan genomföras i personens hittillsvarande bostad, personen inte kan överblicka konsekvenserna av sina handlingar, personen utsätter sig själv för att lida väsentlig personskada samt att det är oförsvarligt att inte sörja för en flyttning.

Kommunens eller amtskommunens hemställan ska innehålla bl.a. en redogörelse för grunden för att villkoren i 109 e § anses uppfyllda, erforderlig utredning om den nedsatta funktionsförmågan, tillhandahållen och erbjuden vård och omsorg före hemställan, den vård och omsorg som kan erbjudas efter en flyttning samt den enskildes, de anhörigas och den eventuella vaergens synpunkter på flyttningen.

Ett undantag från regeln om att det är den sociala nämnden som ska fatta beslut om flyttning till ett särskilt boende finns i lagrummets andra stycke. Där anges att en kommun eller en amtskommun under vissa förutsättningar, i stället för den sociala nämnden, kan besluta om att någon ska flyttas till ett bestämt boende. Undantaget gäller personer med en betydlig och varaktigt nedsatt psykisk funktionsförmåga, som dels inte motsätter sig en flyttning, dels saknar förmåga att lämna ett informerat samtycke härtill. Den psykiska funktionsnedsättningen ska vara en följd av en åldersbetingad eller en senare förvärvad mental försvagning som är framåtskridande. Vidare ska vistelsen i boendet också vara nödvändig för att den enskilde ska få behövlig hjälp samt omsorgsmässigt anses vara det mest ändamålsenliga för honom eller henne.

För att kommunen eller amtskommunen ska få besluta i saken krävs också att dess hemställan biträds av en av statsamtet utsedd vaerge. Om den enskilde inte har någon vaerge ska kommunen eller amtskommunen anmoda statsamtet att utse en sådan (109 g § fjärde stycket). I de fall vaergen inte biträder kommunens eller amtskommunens hemställan har de att hos den sociala nämnden hemställa om intagning eller flyttning till ett bestämt boende i enlighet med de förutsättningar som anges i andra stycket (109 e § fjärde stycket).

Vid de bedömningar som kommunen eller amtskommunen har att göra enligt 109 e § första och andra styckena ska kommunen beakta om en make eller maka, sambo eller någon annan anhörig inte längre klarar av att ge den berörde den hjälp som behövs (109 e § tredje stycket).

Ett beslut om flyttning till ett särskilt boende verkställs av den kommun eller amtskommun som har ingivit hemställen härom. Kommunen eller amtskommunen kan om det bedöms vara nödvändigt begära hjälp av polisen när beslutet ska verkställas (109 g § femte stycket).

Den sociala nämndens beslut om intagning i ett särskilt boende enligt 109 e § kan överklagas till "Ankestyrelsen". Det är den beslutet rör, kommunen eller amtskommunen som kan överklaga nämndens beslut. I det fall den enskilde själv inte har förmåga att överklaga beslutet kan en make eller maka, en närstående, en vaerge eller någon annan representant för den enskilde överklaga beslutet (109 j §). Ankestyrelsens beslut kan överklagas till Landsretten (109 k § första stycket). Landsrettens avgörande kan bli föremål för prövning i "Höjesteret" under förutsättning att "Processbevillningsnämnden" ger tillåtelse till det. För att så ska ske ska saken vara av principiell betydelse (109 k § andra stycket).

Ett överklagande till Ankestyrelsen över ett beslut om intagning i ett särskilt boende utan samtycke enligt 109 e § medför automatiskt att beslutet inte kan verkställas förrän Ankestyrelsen har avgjort saken (72 § femte stycket första punkten Lov om rettsikkerhet og administration på det sociale område, rettsikkerhedsloven). Enligt samma stycke har emellertid den sociala nämnden – om förhållandena är sådana att det är nödvändigt – möjlighet att samtidigt som frågan om intagning avgörs besluta att den får verkställas genast. Ett sådant beslut kan inte överklagas till Ankestyrelsen.

En kommuns eller amtskommuns beslut enligt 109 e § andra stycket att en person ska flytta till ett särskilt boende går att överklaga till den sociala nämnden (109 § e fjärde stycket). Ankestyrelsen kan eventuellt ta upp saken till principiell eller allmän behandling. Om den som berörs av beslutet inte själv är i stånd till att klaga kan anhöriga eller andra representanter för honom eller henne lämna in klagomålet till Ankestyrelsen (Vejledningen s. 54).

I de fall en kommun eller amtskommun har avslagit en hemställen om intagning i ett särskilt boende har en make eller maka eller någon annan närstående som bor tillsammans med den saken

gäller möjlighet att klaga på beslutet till den sociala nämnden (109 g § tredje stycket) och om saken är av principiell betydelse till Ankestyrelsen (Vejledningen s. 51 och 52).

En tvångsåtgärd mot en enskild kan i vissa fall även vidtas med stöd av bestämmelserna om nödvärn och nödrätt i straffeloven (13–14 §§). För att dessa bestämmelser ska kunna åberopas för en viss åtgärds vidtagande ska det vara fråga om extraordinära situationer. Bestämmelserna är därför inte tillämpliga för tvångsåtgärder som vidtas regelbundet (Vejledningen s. 59).

Kommunen eller amtskommunen har en skyldighet att se till att den saken rör – i frågor gällande kvarhållande i eller tillbakaförande till boendet mot den enskildes vilja och intagning till ett särskilt boende i enlighet med 109 e § första stycket – får bistånd av en advokat (109 h §). I lagrummet sägs också att kostnaden för advokaten ska betalas av myndigheten.

Flyttning till ett särskilt boende enligt 109 e § eller varje annan form av tvångsåtgärd i enlighet med 109 a–d §§ ska registreras och skickas in till kommunalbestyrelsen eller amtsrådet (109 l §). Under denna registreringskyldighet faller, förutom åtgärder beslutade enligt 109 a–e §§, också akuta åtgärder verkställda med stöd av 109 f § fjärde stycket, åtgärder vidtagna enligt nödvärns- och nödbestämmelserna, olovligt vidtagna åtgärder samt åtgärder som har vidtagits med samtycke (Vejledningen s. 58).

Olovliga åtgärder utgörs av ingrepp enligt 109 a och c–e §§ som har utförts utan att ha framlagts för nämnden eller har utförts trots att nämnden inte har godkänt åtgärden samt ingrepp som inte finns angivna i serviceloven (Vejledningen s. 58).

Registrering ska ske på särskilda av Socialministeriet utarbetade scheman. Det är den som har utfört åtgärden eller den som har ”instruktionsbefojelsen” över den inblandade personalen, som ska registrera en vidtagen åtgärd (10 och 14 §§ bekendtgörelsen). Åtgärder som har registrerats ska anmälas till kommunalbestyrelsen eller amtsrådet inom vissa i 11–13 §§ bekendtgörelsen angivna tidsramar.

Registreringsplikten för lagligen verkställda åtgärder inträder vid själva igångsättandet av en godkänd åtgärd. Registrering behöver därför inte upprepas varje gång, ”det der dagligt göres brug av en godkendt foranstaltning” (Vejledningen s. 58).

I 109 l § andra stycket serviceloven föreskrivs att kommunen och amtskommunen är skyldiga att utarbeta handlingsplaner för personer som har blivit föremål för tvångsåtgärder i enlighet med

bestämmelsens första stycke. Syftet med dessa handlingsplaner är att beskriva överväganden och pedagogiska metoder som ska användas för att försöka undvika att tvångsåtgärder behöver användas i framtiden och för att minimera varaktigheten av en beslutad åtgärd (Vejledningen s. 60).

Ansvar för tillsynen över kommunens respektive amtskommunens verksamhet inom det sociala området vilar på kommunalbestyrelsen respektive amtsrådet (16 och 39 §§ rettsikkerhedsloven). Tillsynen omfattar även insatser som utförs av andra än offentligt anställda, som t.ex. boenden som drivs privat eller enligt avtal med kommunen eller amtskommunen (Vejledningen s. 57).

Demenssjukdomar och andra sjukdomar med kognitiv störning – uppkomst, symtom, prognos och behandling

Promemoria 2005-10-25

Gösta Bucht och Eva Elgh, Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, enheten för geriatrik, Umeå universitet.

Hjärnans åldrande

Människans maximala levnadsålder är beskriven som den ålder som den äldsta kända personen har uppnått. Det är en bra bit över 100 år och den äldsta individen hittills är en fransyska som blev 122 år gammal. Genomsnittligt lever vi dock ungefär mellan 78–83 år i Sverige.

Nervcellerna finns redan vid födseln, dvs. de nervceller vi har i hjärnan är lika gamla som vi är. Däremot är hjärncellerna helt utvecklade vid födseln och dessa utvecklas under levnaden fram till mellan 15–20 års ålder då de sist utvecklade delarna i hjärnan, barken i pannloben, tas i bruk. Hjärnans utveckling sker genom att hjärnan aktiveras på olika sätt så att de kopplingsställen mellan nerverna (synapser) som finns i hjärnan i stort överskott selekteras till den funktion de kommer att ha framöver. Efter uppnådd mognad är det en viss stabilitet i hjärnans funktioner och dessa avtar sedan successivt med ökande ålder. Neurobiologiskt sker förändringar redan vid 20–30 års ålder i hjärnan då man kan se effekter, bl.a. funktioner som har att göra med kreativitet och skapande. I allmänhet anser man dock att ålderdomen startar kring 60–65 års ålder dvs. pensionsåldern.

Strukturella förändringar i hjärnan

Hjärnans volym och vikt reduceras även hos friska äldre samtidigt ser man en utvidgning av hålrummen inne i hjärnan (ventriklarna) och ryggmärgsvätskerummet. Inre delar av hjärnan, hippocampus och frontalloberna är de hjärnregioner som påverkas mest. Från ca 30-års ålder till 90-års ålder avtar hjärnvolymen med ca 15 % och hippocampus med 1/3. När man försöker räkna nervceller i hjärnan visar det sig att ungefär 10 % av nervcellerna i hjärnbarken försvin-

ner under samma tid. Detta innebär att mellan 70-80 000 celler försvinner per dag.

Biokemiska förändringar

Förbindelsen mellan de olika nervcellerna sker genom synapser och signalsubstanser. En rad av dessa signalsystem förändras med ökande ålder.

I detta sammanhang har man framför allt fokuserat sig på den sk kolinerga signalsystemet då man vet att ämnet acetylcholin har stor betydelse för kognitiv funktion och minne. Med ökande ålder sker en förändring i detta system med reduktion av vissa delar av systemet med upp till 1/4.

Glutamat är en av de viktigaste signalsubstanserna i centralnervsystemet. Huvudsakligen är detta koncentrerat till storhjärnans bark och av betydelse för bl.a. minne. Man har kunnat mäta att de receptorer som behövs för att systemet ska fungera avtar i täthet och plasticitet med ökande ålder.

En grupp signalsubstanser, monaminer, finns det ett flertal av, vilka alla påverkas mer eller mindre i ökande ålder. Serotonin är en viktig signalsubstans som styr stämningsläge och i viss mån intellekt och man vet att denna reduceras i vissa delar av hjärnan med upp till 15 %. Dopamin är hjärnans viktigaste belöningssystem och styr också motoriska funktioner. I vissa inre delar av hjärnan ser man en påtaglig reduktion av detta ämne, upp till 25–30 %.

Hjärnans funktionella åldrande

Hjärnans förmåga att uppfatta sinnesintryck avtar med ökande ålder framför allt för att hörsel och syn försämras. Likaså försämras förmågan till smak och lukt.

En av de viktigaste funktionerna som förändras med stigande ålder är minnesfunktionen vilken också har stor betydelse i demensutvecklingen. Minnet består av flera delar. Enklast uttryckt kan man prata om ett primärminne där all information ska bearbetas både den som kommer utifrån och den som man plockar upp själv i hjärnan. Detta minne avtar i förmåga i åldrandet framför allt på grund av en minskad snabbhet, dvs. minskad förmåga att hinna ta till sig och bearbeta intryck. I hjärnan lagras sedan minnen på

olika sätt. Man talar om det s.k. episodiska minnet som kan vara ett korttidsminne för det som hänt alldeles nyligen och ofta är detaljer. Detta minne försämras med ökande ålder. Det episodiska långtidsminnet, dvs. det som innehåller minnesbilder från främst långt tillbaka i tiden är däremot tämligen stabilt i ökande ålder. Utöver detta har man det semantiska minnet som kan närmast beskrivas som lärdomsminnet, dvs. vår allmänna kunskap vilket ej påverkas i stor utsträckning i åldrandet. Ytterligare två minnen som påminner om varandra är procedurminnet och det perceptuella minnet. Dessa minnen betraktas som basala minnen som finns i hjärnans djupare delar. Minnena är mer eller mindre automatiska, t ex som att gå och cykla, simma och liknande där vi inte behöver tänka på vad vi gör i varje detalj. Det perceptuella minnet styrs av intryck utifrån som ger upphov till en reaktion mer eller mindre automatiskt. Ingen av dessa minnen påverkas i någon större utsträckning av åldrandet. Högre hjärnfunktioner som t ex problemlösningsförmåga och kreativt tänkande verkar avta hos äldre. Även vårt rumsliga tänkande, vår spatiala förmåga förändras med åldern till det sämre.

Den förändring som sker med åldrandet är dock aldrig så uttalad att det på allvar påverkar individens funktionsförmåga i sin helhet. Får en sämre hjärnfunktion effekter på t ex socialt liv, arbete eller liknande är det mest sannolika att det är en sjukdom som ligger bakom den sämre funktionsförmågan.

Sjukdomar med kognitiv störning – påverkan av beslutsförmågan

Depressionssjukdomen

Depression betraktades som ett naturligt fenomen hos äldre i forntiden. Först i mitten av 1800-talet konstaterade man att depression hos äldre hänger ihop med en förtvining av hjärnan. Under mitten av 1900-talet konstaterar man att depression kan förekomma hos normalt åldrande personer och att de kan tillfriskna helt från denna. Depression i åldrandet är oerhört vanligt. I H70 undersökningen i Göteborg konstaterar man att bland 85 åringar hade ca 20 % depressionssjukdomen vid en viss given tidpunkt och att denna är den vanligaste psykiska störningen hos äldre. Depressionssjukdomen ökar starkt med åldrandet. Förekomsten hos totalpopulationen är ca 5 % men är hos 65 åringar och

äldre 15 %. Incidensen dvs. insjuknandet innebär att varannan kvinna riskerar att någon gång under livet drabbas av en depressionssjukdom och 25 procent av männen. Indelningen av depression kan göras på olika sätt. Ett av dem är att dela upp depressionen i egentlig depression, dystymi och bipolär sjukdom.

Egentlig depression karakteriseras av att en rad symtom finns under en två veckors period. Symtom 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 koncentration och tankeförmåga samt också dödsönskningar.

Dystymi karakteriseras av nedstämdhet under större delen av dagen de flesta dagarna under minst två års tid. Nedstämdhet skall förekomma och minst två av följande symtom som aptitlöshet, ätit för mycket, svårt att somna eller sover för mycket, energilöshet, trötthet, uttrötthet, låg självkänsla, koncentrationssvårigheter eller hopplöshetskänslor. Dessa symtom får under den gångna tvåårsperioden inte vara borta längre tid än två månader i sträck.

Den bipolära sjukdomen karakteriseras av att en eller flera egentliga depressionsperioder blandas med åtminstone en hypomanisk eller manisk episod.

Den typ av depression som är vanligast i åldrande är dystymi. Man kan grovt säga att dystymi successivt ökar i förekomst med stigande ålder medan nyinsjuknande i egentlig depression eller bipolär sjukdom avtar med stigande ålder.

Symtom vid depression är i stort sett desamma hos äldre som hos yngre, men fler har mildare symtom, kognitiv påverkan och samtidig somatisk sjukdom.

Depressioner hos äldre kan dock ofta visa sig som en s.k. atypisk depression. Exempel på sådana är en maskerad depression där den sjuke saknar depressiviteten i stämningläget men har många somatiska symtom, demensliknande depression där tillståndet ibland är till förväxling likt demens med koncentrationssvårigheter och psykomotorisk hämning och minnespåverkan, agiterad depression där personen är mycket rastlös och krävande. Sällan är personen hämmad i detta läge utan kan vara mycket handlingskraftig med risk för självmord. Övriga uttrycksätt för depression hos äldre är hypokondriska depressioner där personerna är överbevisade om att hon eller han har en allvarlig sjukdom trots att detta inte går att få fram vid undersökning, eller den vaskulära

depressionen som ökar hos äldre och ofta är kombinerad med kognitiv svikt.

Orsaker till depression hos äldre

En rad faktorer både endogena och exogena påverkar den äldre individen så att han dels är mer benägen att få en depression dels att depressionen får ett annorlunda uttryckssätt. I hjärnan sker en biokemisk störning med nedgång i nivåer på signalsubstanserna serotonin och noradrenalin vilket gör den äldre människan mera benägen och mindre motståndskraftig mot att reagera med en depression. Äldre människor har mer somatiska sjukdomar än yngre vilket också påverkar dels benägenheten att bli depressiva samt också färgar den depressiva symtomatologin. I åldrandet råkar den äldre ut för både psykiska och sociala belastningar i form av sämre förmåga att klara dagliga problem och förluster både i det sociala livet och anhöriga och bekanta, vilket helt naturligt leder till en belastning på hjärnan med ökad risk för depressiv symtomatologi. Dessutom behandlas äldre med läkemedel i mycket större utsträckning än yngre och en lång rad läkemedel ibland läkemedel vi betraktar som relativt banala som hjärtmediciner och blodtrycksmediciner har som biverkan att öka risken för depression.

Sammantaget gör detta att den äldre människan har en större benägenhet för att utveckla depression och mot bakgrund av många tänkbara orsaker får depressionen ofta ett mer diffust utseende än hos en yngre individ.

Den depressiva symtomatologin påverkar i hög grad individens beslutsförmåga framför allt den hämning och oföretagsamhet och obeslutsamhet som depressionen uppvisar. Dessutom har vissa depressionstyper en klar påverkan på den kognitiva funktionen och minnesfunktionen vilket naturligtvis ökar svårigheten för individen att ta rätt beslut.

Behandling av depression

I princip skiljer sig inte behandlingen av depression hos äldre från behandlingen av yngre. Vad som dock är av yttersta vikt är att depressionen får en adekvat behandling. Tyvärr har ett flertal epidemiologiska undersökningar visat att en icke ringa del av

befolkningen som lider av depression inte får diagnosen depression och att även de som får diagnosen depression inte i alla lägen blir behandlade. Behandlingen går ut på att rätta till bakomliggande somatiska sjukdomar i så stor utsträckning som möjligt och att se över den medicinering som den äldre personen har. När detta är gjort skall den äldre precis som den yngre behandlas med anti-depressiva läkemedel. Moderna antidepressiva läkemedel har inte de allvarliga biverkningar som tidigare gjorde det svårt att behandla äldre utan kan i princip behandlas på samma villkor som unga människor. Parallellt med antidepressiv behandling bör den sjuke också få någon form av psykoterapi eller socioterapi, dvs. samtalsbehandling i någon form. Kognitiv terapi har visat sig vara en framkomlig väg för att behandla äldre med depression. Vid riktigt svåra depressioner, framför allt agiterade och oroliga patienter bör elektrokonvulsiv behandling också övervägas.

Delirium – förvirringstillstånd

Delirium, konfusion eller förvirringstillstånd innebär ett övergående tillstånd av oklarhet när personen inte längre kan upprätt hålla sina högre hjärnfunktioner. Tillståndet beskrevs redan av Hippokrates 400 år före Kristus.

Delirium är en akut störning av medvetandet med förändringar av kognition, perception, uppmärksamhet och med en fluktuation av symtom under dygnet och mellan dygnet. För att rätt ställa diagnosen delirium behövs således en medvetandestörning, grumlad förmåga att uppmärksamma med minskad förmåga att fokusera och vidmakthålla eller skifta sin uppmärksamhet. Kognitiva förändringar som t ex minnesstörning, desorientering, språkstörning eller perceptionsstörning förekommer och det är det viktigt att symtomen utvecklas under kort tid, timmar eller dagar, och att symtomen varierar under dygnets lopp. Dessutom finns det alltid hållpunkter från anamnes, somatiska undersökningar eller laboratorieresultat att störningen är en direkt fysiologisk följd av somatisk sjukdom, skada eller annan psykiatrisk orsak. Den kliniska bilden vid förvirringstillstånd är att den sjuke är hyperaktiv, rastlös och motoriskt orolig, eller hypoaktiv, stilla och apatisk och har en störd sömn- vakenhetscykel. En rad symtom av typ nedstämdhet, aggressivitet, upprymdhet, irritabilitet kan också förekomma liksom vantolkningar, illusioner och hallucinationer.

Den förvirrade patienten befinner sig i ett inre kaos utan förmåga eller med bristande förmåga att orientera sig och förstå omgivningen och andras beteende. Förvirringstillstånd hos äldre personer är utomordentligt vanlig. I en studie i Sundsvall visar det sig att inom hemsjukvård hade 34% av vårdtagarna vid ett tillfälle förvirringstillstånd. Motsvarande siffra på ålderdomshem och servicehus var 35 %, sjukhem 58 % och på akutsjukhus 47 %. En rad vanliga utlösande faktorer för förvirringstillstånd är olika typer av trauma, t ex kirurgiska ingrepp och falltrauma samt infektioner. Hjärt-kärlsjukdom, undernäring, intorkning, störning av de naturliga funktionerna som urinretention, obstipation är också vanliga orsaker till förvirringstillstånd liksom intoxikationer av framför allt läkemedel och droger.

Deprimerade, dementa eller över- och understimulerade personer löper också större risk att råka ut för ett konfusionstillstånd. Överhuvudtaget kan varje trauma som anstränger hjärnan till den grad att hjärnan inte orkar med att ta emot yttre stimuli eller att kroppen är försvagad av sjukdom leda till ett förvirringstillstånd.

Diagnosen förvirringstillstånd eller delirium ställs med hjälp av anamnes och klinisk bild. Utredningen av förvirringstillståndet riktas framför allt mot att försöka finna underliggande orsak, en eller flera kroppsliga sjukdomar, över- eller understimulering, psykiatrisk sjukdom eller intoxikation av läkemedel.

Orsak till delirium

Mekanismerna som orsakar delirium är fortfarande ofullständigt kända. Symtomatologin påminner om demenssjukdomarna och kan ibland faktiskt vara svåra att skilja från demens. Signalsubstansernas acetylkolin spelar stor roll vid demenssjukdomar och har sannolikt även en stor betydelse vid delirium. Ett känt faktum är att läkemedel som sänker acetylkolinhalten i hjärnan framkallar förvirringstillstånd även hos yngre friska människor. En annan tänkbar orsak till att ett förvirringstillstånd utbryter är att stress hos vissa individer ger en obalans i kortisolnivåerna. Den obalans som då uppstår i hypothalamus-hypofys-binjureaxeln med ökning av kortisol halten kan vara en bakomliggande mekanism.

Behandling av delirium

Behandlingen av deliriet består dels i att undersöka den sjuke noga för att finna bakomliggande orsak. Därefter måste bemötande och omhändertagande av den förvirrade patienten vara optimalt. Beroende av bakomliggande orsak är det viktigt att korrigera vätskebalansstörningar, uppehålla närings- och vätsketillförsel, kontrollera urin- tarmfunktion, optimera syn hörsel samt normalisera dygnsrytmen i så stor utsträckning som möjligt. Förhållningssättet är av yttersta vikt för att skapa så stor trygghet som möjligt för den förvirrade patienten. Förvirringstillstånd är alltid ett akut tillstånd som är övergående om det behandlas på rätt sätt. Det är meningsfullt att korrigera felaktiga tolkningar dvs. illusioner och vantolkningar samt rätta till tids- och rumsbegrepp för att försöka återföra den sjuke till verkligheten. Omgivningen måste visa förståelse för de illusioner och vanföreställningar som den sjuke uppvisar för att minska känslan av övergivenhet och ensamhet. Ibland är den sjuke så orolig och ångestfylld, har hotfulla hallucinationer och vantolkningar och störd nattsömn att farmakologisk behandling är nödvändig. Farmakologisk behandling är tyvärr även av ondo, då en hjärna som redan är överansträngd dämpas ytterligare.

Beslutsförmågan hos en person med förvirringstillstånd är naturligtvis starkt nedsatt. Den sjuke behöver omfattande hjälp för att ta rätt beslut under sjukdomens förlopp. Det är också nästan alltid nödvändigt att ta beslut åt patienten, vilka kan förefalla som tvångsåtgärder för att den sjuke inte ska skada sig själv, försvinna från avdelningen, vägra att ta nödvändig medicin, inte vilja äta och dricka normalt.

Demenssjukdomar

En grupp sjukdomar där nedsatt beslutsförmågan i sig snarast är ett symptom är de olika neurodegenerativa sjukdomarna med kognitiva störningar dvs. demenssjukdomar. Gemensamma symptom för denna sjukdomsgrupp är en nedsättning av kognition, emotionella och sensomotoriska störningar samt även minnesstörning. I och för sig kan man utan att ha en demenssjukdom ha besvär med något av dessa områden, dvs. en störning som påverkar en i ringa grad och inte invalidiserar individen. En sådan störning är t.ex. vad vi idag kallas minimal cognitive impairment (MCI) och som

bedöms som godartat åldersglömska. Om störningen dock är invalidiserande men av tillfällig natur är det sannolikt ett förvirringstillstånd eller depression som ligger bakom symtomen. Är störningen både invalidiserande och långvarig är en demenssjukdom trolig. Demenssjukdomarna brukar indelas i primärt degenerativa demenser, dvs. där nervcellen förtvinar och vi oftast inte vet orsaken, vaskulär demens där en cirkulationsstörning ligger bakom nervcells bortfall och sekundär demens där något påverkar hjärnan utifrån t ex en infektion, tumör eller liknande.

Definitionen av demens, ofta hämtat ur den amerikanska manualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, är dels en påvisad försämring av minne och minst ett av följande symptom försämrat abstrakt tänkande, försämrat omdöme eller andra störningar av högre corticala funktioner som svårigheter med tal, dysfasi, svårigheter med praktiska handlingar, apraxi, och svårigheter att förstå innebörd i saker och ting, agnosi, samt personlighetsförändring. Symtomen måste vara så pass uttalade att de påverkar yrkesverksamhet, social funktion och relation.

Demenssjukdomarna är progressiva och medför förlust av autonomi och kognitiva funktioner av allt svårare grad. Kognition är ett svåröversatt ord och det kommer av cognoscere, lära känna: den själsliga eller intellektuella verksamhet varigenom iakttagelser blir medvetna och leder till förståelse och resonering. Sjukdomen är ett förvärvat tillstånd, som oftast debuterar med sviktande minnesfunktioner och nedsatt förmåga att fungera i vardagen. Demens leder till problem med kognitiva och emotionella funktioner såsom minne, abstrakt tänkande, uppmärksamhet, koncentration, uppfattningsförmåga, förståelse, språklig och spatial förmåga, insikt, omdöme, initiativförmåga, planering och praktiskt förmåga. Demenssjukdomen börjar ofta smygande, patienten kan te sig deprimerad, men efter hand ger sjukdomen mer uttalade problem och svårigheter att klara de vardagliga aktiviteterna. Under sjukdomsförloppet kan också psykiska symptom komma till som depressiva symptom, misstänksamhet samt hallucinationer.

Demenssjukdomarna är vanligt förekommande och mycket starkt korrelerade till hög ålder. Av alla personer över 65 år räknar man med att 6–7 % har en demenssjukdom, men i åldersgruppen över 80 år är förekomsten ca 20 %. Den vanligaste demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom, mellan 40–50 % av alla demenssjuka har denna sjukdom. Frontallobsdemens förekommer i 8–9 % och vaskulär demens är ungefär en fjärdedel av alla demenssjuka.

Dessutom har en inte ringa del också en kombination av Alzheimers sjukdom och vaskulär demens, 10–15 %. Procentsatserna är olika i undersökningar bl.a. på grund av att vissa undersökningar är uppskattningar andra epidemiologiska undersökningar eller är undersökningar efter döden.

Primär degenerativ demens

Den degenerativa demensen är den vanligast förekommande gruppen demenser och omfattar ungefär hälften av alla som har demenssjukdom. En praktisk indelning av dessa sjukdomar är utifrån vilken del av hjärnan som dominerar sjukdomsbilden. Så småningom drabbas hela hjärnan av sjukdomarna och får allt större likhet. Indelningen sker då i frontotemporal dominerande symtomatologi, tempoparietal dominans och subcortical dominans.

Frontotemporal demens

I denna grupp ingår dels något som i brist på bättre kallas frontallobdegeneration eller frontallobdemens, en relativt vanlig demenssjukdom som förekommer i ungefär 10 % av gruppen degenerativa demenssjukdomar. Översatt i reella tal är detta mellan 5–8 000 individer i Sverige för närvarande. Det finns flera undervarianter av detta tillstånd och sjukdomsbilden kan präglas av påverkan på personlighet, emotioner (känslomässig avflackning), socialt liv, språkförmåga, initiativförmåga och aggressiva beteenden.

En sådan sjukdom typisk för denna grupp är Picks sjukdom som är dominant ärftlig och relativt ovanlig.

I frontalloben har vi funktioner som har att göra med planering, omdöme, insikt och att kunna vara en social individ. Dessa funktioner blir således påverkade. Mest typiska symtomen vid frontotemporal demens är omdömeslöshet och insiktslöshet. Dessutom så ser man symtom som emotionell avflackning och också emotionell labilitet där humöret kan växla från upprymdhet till aggressivitet ner till förstämndhet. Den sjuke får också ett förändrat oralt och sexuellt beteende, oftast överaktivt. Detta kombineras ofta med en talstörning och kommunikationssvårigheter. Denna kombination av symtom och dålig insikt leder ofta till mycket

besvärliga situationer i ett tidigt skede av sjukdomen som stör det sociala sammanhanget, med tvister, missbedömning, ekonomiska bekymmer och liknande. Detta symtomkomplex leder till svårartade beteendeförändringar. I början av sjukdomen har dessutom personerna inte kognitiva störningar av typ minne, intellekt och desorientering vilket gör att sjukdomen kan misstolkas och det är svårt att se att detta är en demenssjukdom. Efterhand som sjukdomen framskrider tenderar de olika undervariationerna att bli alltmer lika varandra med initiativlöshet, viljelöshet och med tiden en total passivitet.

Temporoparietal demens

I denna grupp av demenssjukdomar är Alzheimers sjukdom (AD) den vanligaste. Debutsymtomen här är samma symtom som vid definitionen av demens, dvs. minnesstörning, intellektuell avtrubning, desorientering och kortikala symtom som talstörning, svårt med igenkännande och praktiska svårigheter.

Sjukdomen är mycket kraftigt korrelerad till ökande ålder där prevalensen av sjukdomen av åldersgruppen under 69 år är ca 1 % medan den i gruppen över 80 år är en bra bit över 10 %. Förloppet vid Alzheimers sjukdom är att sjukdomen över tid successivt tilltar och de kognitiva och funktionella förmågorna avtar. Ett vanligt sätt att mäta den kognitiva störningen är s.k. minimaltest där man kan få maximalt 30 poäng. Tidigt i sjukdomen har den Alzheimer-sjuka oftast full poäng och klarar sig i detta skede relativt väl hemma utan samhällshjälp. I mild demens mellan 20–25 poäng behöver den sjuke praktiskt taget alltid någon form av hjälp och stöd i hemmet. Efter detta, dvs. medelsvår till svår demens innebär att man behöver tämligen omfattande samhällsvård i form av dagvård eller gruppboende och slutligen sjukhemsboende.

Orsaken till AD är ej helt klarlagd men den patologianatomiska bilden i hjärnan visar att nervcellerna skadats, deras utskott minskar kraftigt och försvinner och så småningom bildar cellerna öar utan kontakt med varandra. Det som startar denna process är delvis okänt men ärftlighet spelar stor roll. I hjärnan ser man öar av sönderfallna celler och nervcellskott med en kärna av ett äggviteämne, amyloid, som i sig är toxiskt för nervceller och underhåller den sjukliga processen i hjärnan. Andra utmärkande förändringar i hjärnan är neurofibriller s.k. neurofibrillära tangels, vilket

också är döda nervceller. Vid vissa familjära typer av AD har man sett kromosomavvikelse och vid en av dessa avvikelser har man dessutom kopplat detta direkt till bildandet av det toxiska äggviteämnet amyloid i hjärnan.

AD startar i området kring hippocampus djupt inne i hjärnan men sprider sig ganska snart till parietala områden (hjässloben) och anses därmed ha en temporoparietal dominans, symtom från hjäss- och tinninglob, med en typisk neuropsykologisk bild med minnesstörning, störd rumsuppfattning och språksvårigheter.

Minnesproblematiken är det tidigaste symtomet. De neuropatologiska skadorna drabbar huvudsakligen hjärnbarken och brukar vanligen vara lika omfattande i bägge hemisfärerna. Sjukdomen påverkar inte patienternas syn, hörsel, känsel eller rörlighet utan drabbar i första hand de mest sammansatta intellektuella funktionerna. Hos många patienter är prefrontala regioner (främre delen av pannlob) tidigt involverade i sjukdomsutvecklingen vilket medför bristande insikt, likgiltighet och bekymmerslöshet.

AD debuterar smygande och i den tidiga fasen är symtomen vaga. I ett tidigt stadium uppfyller patienten inte kriterierna för demens utan för lindrig kognitiv störning (MCI). Koncentrations-svårigheter, lätta språkstörningar (nedsatt förståelse och svårigheter att uttrycka sig) och orienteringssvårigheter i nya miljöer tillkommer successivt och avspeglar spridningen av neurodegeneration till temporoparietala cortex.

Personligheten hos patienter med AD är relativt väl bevarad men sjukdomsinsikten kan vara nedsatt. I ett tidigt skede har dock patienten oftast insikt i sina problem och kan med hjälp av olika strategier till viss del kompensera för sin kognitiva nedsättning. Depressiva symtom liksom nedsatt initiativförmåga är mycket vanligt. Längre fram i förloppet blir minnesproblematiken allt tydligare och språksvårigheter, praktiska svårigheter och nedsatt rumsuppfattning tillkommer. Funktionsnivån påverkas och patienten klarar inte sitt dagliga liv utan hjälp. Personlighetsförändringar, beteendemässiga och psykiska symtom som hallucinationer, vanföreställningar, ångest, depression, aggressivitet och rastlöshet är vanliga.

I avancerade sjukdomsstadier har samtliga ovan beskrivna kognitiva symtom gravt försämrats. Minnet är endast fragmentariskt, den språkliga förmågan avtar och verbal kommunikation med patienten blir till slut omöjlig. Förmåga till autonomi och att klara vardagliga aktiviteter (ADL: Activities of Daily Living) försvinner.

Alzheimerpatienten sjunker slutligen in i ett vegetativt tillstånd helt utan medvetande och viljemässig motorik. Sjukdomsförloppet pågår i genomsnitt 10–12 år, men med stora variationer.

Kognitiva förmågor

Alla kognitiva områden är inte påverkade i lika stor utsträckning vid AD, särskilt inte i tidiga stadier av sjukdomen.

Minne: Minnet är inget enhetligt begrepp utan det mänskliga minnet består av multipla system och vid AD är olika delar av minnessystemen olika mycket påverkade. I första hand drabbas det s.k. episodiska minnet och nedsättningar där har påvisats i prekliniska faser av sjukdomen många år innan en klinisk diagnos varit möjlig. Så småningom drabbas även andra delar i minnessystemen. Förmågan att förstå och förmågan att uttrycka sig påverkas liksom förmågan till abstrakt tänkande.

Uppmärksamhet: Spatial uppmärksamhet och delad uppmärksamhet är nedsatt vid tidig AD. Det tycks som att svårigheterna ökar med progression av sjukdomen. Andra former av uppmärksamhetsstörningar tycks uppträda i senare stadier av sjukdomen.

Visuospatiala funktioner: Visuospatiala funktioner (rumsuppfattning) är generellt nedsatta vid AD och hos vissa patienter tycks det vara det mest dominerande symtomet. Kan ta sig uttryck i orienteringssvårigheter i både kända och okända miljöer.

Exekutiv förmåga: Olika typer av exekutiva svårigheter är vanliga vid AD, en del (flexibilitet, självkontroll, inhibition) framkommer mycket tidigt i sjukdomsutvecklingen.

Medvetande/Insikt: Insikt i sin sjukdom innebär att ha förmågan att bedöma både att man har en sjukdom och svårighetsgraden av denna. Bristande insikt uppkommer efter skador i antingen frontalloben eller av en högerhemisfärsdysfunktion. Nedsatt insikt efter frontallobsskada benämns konfabulation medan en högerhemisfärsskada ger anosognosi (känner ej igen lukter). Båda dessa områden kan vara skadade vid AD och kan båda bidra till en bristande insikt hos AD patienter.

Subcortical demens

Demens vid Parkinsons sjukdom

Denna sjukdom ger främst svårigheter vid aktiviteter som kräver flexibilitet och snabbhet. Eftersom det är en diskrepans mellan patientens faktiska förmågor och förmågan att uttrycka detta kan det vara svårt att avgöra hur patientens verkliga förmågor ser ut.

Vid de svåraste formerna av t ex PD kan det vara mycket svårt att avgöra på vilket plan de kognitiva och beteendemässiga svårigheterna ligger. Beror patientens passivitet och tystnad på en total avsaknad av tankeverksamhet eller pågår sådan verksamhet utan att patienten är i stånd att visa det?

Fysisk aggressivitet eller aggressionsliknande handlingar kan vara en komplikation av hjärnskadan och utlöst av komplexa motoriska störningar hos patienten. Detta kan särskilt förekomma vid subkortikala demenser.

Vaskulär demens

Vaskulär demens orsakas av sjukdomar i hjärnans blodkärl, t ex blodkärlens väggar, små hjärninfarkter och skador i subcorticala delar av hjärnan (dvs. under barken) s.k. vitsubstans skador. Blodkärlsdemenserna står för ungefär 1/4 av alla demenssjuka. De vaskulära demenserna har i allmänhet ett annorlunda sjukdomsförlopp än degenerativa demenser. Sjukdomen börjar abrupt, dvs. personen får en liten infarkt i hjärnan som ger symtom. Detta kan sedan gå i regress, dvs. försvinna, innan ånyo en episod händer och så småningom har tillräckligt många små infarkter bildats i hjärnan för att det ska påverka personens funktion, framför allt de kognitiva funktionerna. Då uppstår i princip samma typ av symtom som vid degenerativ demens, dvs. med minnesstörning, desorientering och intellektuell svikt. Vid testning av dessa personer upptäcker man dock att intellekt och minne inte är generellt skadade utan vissa delar av detta fungerar väl och andra delar saknas. Skadeutbredningen och den neuropsykologiska bilden kan därför se mycket olika ut vid vaskulär demens. De neuropsykologiska särdragen är en viss asymmetri när det gäller verbala och spatiala nedsättningar. Minnet är nedsatt. Förändringar i sensomotorik är vanligt. Motorisk och kognitiv tröghet är vanligt. Personlighetsförändringar är

vanliga bl.a. med en ökad känslomässig inkontinens. Exekutiva funktioner är nedsatta.

Multiinfarkt demens (MID) är en form av vaskulär demens. Patienter med (MID) uppvisar nästan alltid motoriska och sensoriska sjukdomstecken, gångstörningar och balansrubbnings. Andra symtom kan vara affektinkontinens, initiativlöshet, mimikfattigdom och monoton röst. Den kognitiva förmågan kan fluktuera och episoder med relativ klarhet kan varvas med perioder av förvirring och tydliga kognitiva svårigheter.

Prognos vid demenssjukdom

Demenssjukdomen är en allvarlig sjukdom som kraftigt förkortar förväntad överlevnad. Någon behandling mot orsaken för sjukdomen, dvs. direkt mot sjukdomen en s.k. kausal behandling finns egentligen inte när det gäller demenssjukdomarna.

Icke dementa äldre personer har en förväntad 5-års överlevnad kring 75–80 %. När det gäller Alzheimers sjukdom har denna förväntade överlevnad sjunkit till under 40% och ligger ännu lägre kring 20 % vid vaskulär demens. Detta betyder omvänt att när diagnosen Alzheimers sjukdom ställs har personen förlorat hälften av sitt återstående liv och person med vaskulär demens $\frac{3}{4}$ av sitt återstående liv.

Sekundära demenssjukdomar

Sekundära demenssjukdomar är en grupp demenssjukdomar där den primära orsaken till sjukdomen inte ligger i själva hjärnvävnaden utan påverkas av någonting utifrån t ex försämrade cirkulation av ryggmärgsvätskan, olika typer av ämnesomsättningsstörningar och infektioner. Denna grupp är relativt liten, kanske 5–6 % av personer med demenssjukdom. Den är dock viktig då det i denna grupp finns en rad sjukdomar som med tillgänglig behandling går att bromsa eller t.o.m bota. När det gäller infektioner kan de flesta infektioner botas med antibiotika om infektionen upptäcks i tid innan hjärnskadan har hunnit utvecklas. Ämnesomsättningsstörningar kan också påverkas och botas och det klassiska exemplet är personer som har sköldkörtelsjukdom. Vid en underfunktion av sköldkörteln får en äldre individ ofta symtom som påminner starkt

om demenssjukdom och som är möjlig att få att gå i regress vid adekvat behandling av sköldkörtelsjukdomen. Störning i cirkulationen av ryggmärgsvätska som innebär att den blockeras på något sätt leder till tillstånd man kallar lågtryckshydrocephalus, dvs. vattenskalle. Detta ökade tryck i skallen förstör hjärnvävnad om det inte åtgärdas. Orsaken till denna är ofta att personen haft en hjärnhinneinflammation eller blödning mellan hjärnhinnorna tidigare, vilka blockerar cirkulationen av ryggmärgsvätskan. Om denna cirkulation återställs eller om trycket kan minskas t.ex. genom en shunt får man sjukdomen att stanna av.

Symtom vid demenssjukdomar

De olika symtom som uppstår under demenssjukdomens förlopp brukar av praktiska skäl indelas i olika grupper. Indelningen är dels beroende av vår kunskap om hur symtomen uppstår dels en förutsättning för att rätt kunna tolka symtomen och behandla dem.

Första gruppen av symtom kallas kognitiva symtom. Detta är symtom som orsakas direkt av hjärnskadan och är försämring av minne och orientering, språk, abstraktion, logik och liknande. Symtomen innebär att man förlorar befintliga förmågor inom dessa områden. Den andra gruppen är en grupp som kallas BPSD, en förkortning för Beteende och Psykiatriska Symtom vid Demens och som ibland även kallas sekundära symtom eller icke kognitiva symtom. Detta är nya symtom som uppkommer under sjukdomsförloppet och vanligtvis beror på den hjärnskada individen har relaterat till de påfrestningar som personen utsätts för under sjukdomsförloppet. Den tredje gruppen är funktionella symtom dvs. svårigheter och bekymmer som symtomen ger i det dagliga livet och detta är rent sekundära symtom.

Icke kognitiva symtom är oerhört vanligt. Symtom som vanföreställning har mellan 20 och 73 % av personer med demenssjukdom hallucinos upp till hälften aggressivitet upp till 20 %, inadekvata beteenden har sannolikt mer än hälften av personer med demenssjukdom.

Depressivitet under sjukdomsförloppet är också oerhört vanligt och de flesta råkar ut för detta. Till gruppen kognitiva symtom räknas symtom som påverkar intellekt, orienteringen, visuospatial oförmåga, dvs. rumsuppfattningsförmåga, och minne. Det mest centrala kognitiva symtomet vid demens är dock minnesstörning.

Den demente individen får uttalad påverkan på minnesfunktionen framför allt det s.k. primärminnet ledande till svårigheter att både ta in och bearbeta intryck. Detta innebär att episodiskt minne framför allt episodiskt korttidsminne som är beroende av vår förmåga att uppfatta omgivningen och ta till oss stimuli blir nedsatt ledande till svårigheter att komma ihåg vad som har hänt. Det episodiska långtidsminnet däremot är ett minne som är tämligen välbevarat även hos en dement individ. Minnet är dock svårt att komma åt för en dement individ då det kraftigt påverkade primärminnet inte klarar av att leta fram väl lagrade minnen. Djupare liggande minnen som procedurminne och perceptuellt minne, dvs. minnen som innebär mer eller mindre automatiska reaktioner utan att man behöver tänka, dvs. använda storhjärnan, är i allmänhet relativt väl bevarade hos patienterna med demenssjukdom.

För att förstå BPSD, dvs. sekundära symtom vid demenssjukdom måste man ha en modell för att tolka uppkomsten av symtom. Symtomen kan dels bero på att det faktiskt är ett organiskt fel, dvs. organnivå, symtomen kan utgå ifrån personligheten, dvs. personnivå, dessutom kan sociala omgivningen påverka individen dvs. det finns en social nivå i tolkningsmodellen. Sist men inte minst så bör symtomen också tolkas ur ett helhetsperspektiv.

Symtom som i allmänhet beror på en direkt hjärnskada, organnivå, är perceptuella svårigheter dvs. illusioner och misstolkningar och vi vet att detta hänger ihop med att man har skador i bakre delarna av hjärnbarken. Vid frontala skador får man beroende på hjärnskadan symtom som inadekvat beteende, omdömeslöshet och liknande. Har man brist på vissa signalsubstanser som t.ex. serotonin vet vi också att detta leder till emotionell instabilitet och depressivitet. Brist i signalsystemet acetylcholin ger också upphov till sekundära symtom som förvirringstendens och vissa typer av hallucinos.

När det gäller personrelaterade symtom så innebär detta att individen, personligheten, har en inadekvat anpassning till sjukdomen. Den kognitiva svikten förändrar personens reaktionsmönster. Även en person med demenssjukdom har kvar sina psykologiska försvar även om dessa blir mer och mer utslätade allteftersom sjukdomen fortskrider. Ångest hos en demenssjuk kan naturligtvis bero på att demenssjukdomen är hotande och att det hotar det egna jaget och jagförsvaret. Regression, förnekande och projektion, är också reaktionsmönster som en dement person kan ha som vi utifrån

tolkar som inadekvata beteenden då dessa reaktioner blir förändrade och utslätade vid demenssjukdom.

Ett ytterligare psykologiskt försvar som kan leda till inadekvat beteende är konfabulatoriska tillstånd dvs. att personen i brist på att han minns saker och ting helt enkelt fabulerar vilket kan leda till ett förändrat beteende.

Tolkningen när det gäller socialt relaterade orsaker till beteendeförändringar kan ha många orsaker. Först kan interaktionen med vårdgivaren vara något som inte fungerar. Detta kan t ex vara att endera parten har orealistiska förväntningar på vad som kan utföras, att vårdgivaren är inflexibel, den sjuke ignorerar vårdgivaren eller att vårdgivaren är stressad och överbelastad. Vården i sig kan också vara otillräcklig eller inadekvat. Den demenssjuke är i behov av rätt kompensation av sitt funktionsbortfall. Otillräcklig kompensation leder oftast till att den demenssjuke reagerar med inadekvat beteende eller andra sekundära symtom. För mycket kompensation leder dessutom till att den sjuke förlorar sina förmågor i en snabbare takt än vad som är nödvändigt. Den demenssjuke har svårt att kommunicera med omgivningen vilket gör att det inte är helt ovanligt med odiagnostiserade somatiska sjukdomar, som smärta, infektioner och liknande, vilket naturligtvis leder till en rad olika typer av symtom. En ytterligare anledning till symtom som kan uppstå på grund av den sociala interaktionen är dålig vårdorganisation. Vårdorganisationen kan t ex vara dåligt anpassad till den dementes föränderliga behov, bristande bemanning och kompetens är inte helt ovanligt. Ledningsfrågor, dvs. hur vård och miljö organiseras och ledningens förståelse för den problematik som finns i demensvården varierar även och kan naturligtvis påverka den slutliga vården och på så sätt störa den demente personen på olika sätt ledande till symtom. Ej helt ovanligt är inadekvat lokalutformning och att den är svårförståelig för personer med kognitiva störningar.

Modeller relaterade till helheten är symtom som kan uppstå på grund av att vi inte förstår den dementes livssituation och livstolkning. I detta ingår t ex i den sjukes tidigare sociala roll, livsfilosofi, religiositet och liknande som naturligtvis påverkas av de kognitiva störningar som personen får och som vi som vårdpersonal dessutom kan ha svårt att tolka och kompensera, vilket gör att personen saknar viktiga moment i sitt liv som demenssjuk.

För att rätt förstå den demente personens vilja och för att få en meningsfull och konfliktfri interaktion är det av stor vikt att vårda-

ren har förmåga att förstå den demente och att den demente har förmåga att förstå vårdaren. Personalen måste därför vara skicklig i att kommunicera, både verbalt och icke verbalt. Den demenssjuke förlorar successivt sin förmåga att uttrycka sig verbalt och därför blir icke verbal kommunikation allt viktigare. Icke verbala uttryck som ansiktsuttryck, gester, beröring och kroppshållning och beteenden blir alltmer den kommunikation som man får förlita sig på. Det den demente säger kan ofta dessutom inte vara det han eller hon vill då den demente har förlorat förmågan att använda språket på rätt sätt. Nej kan ibland betyda ja. För att kommunikationen skall ha en möjlighet att fungera meningsfullt är det viktigt med kontinuitet och närhet i vården, dvs. det är väsentligt att vårdaren känner den demenssjuke och hur vi organiserar omvårdnaden.

Exempel på BPSD (sekundära symtom, icke kognitiva symtom)

Vanföreställningar är vanligt förekommande och kan dels bero på den konfabulering som förekommer vid demenssjukdomen, men kan också vara ett uttryck för en psykos. Dessa tillstånd skall naturligtvis behandlas på olika sätt även om symtomet i sig är likartat. Om konfabulation inte är ett besvärande symtom som vare sig omgivningen eller personen har något större obehag av skall det ej behandlas farmakologiskt utan går sannolikt att avleda. Ett psykotiskt symtom är däremot betydligt svårare att komma till rätta med och bör sannolikt behandlas med psykofarmaka.

Hypomotoriska tillstånd är vanligt förekommande och ofta besvärande och störande både för individen och för omgivningen. Till denna grupp symtom hör t ex vandringsbeteende, plockighet, ropbeteende och talupprepningar. För att komma tillrätta med orsaken till detta tillstånd är det väsentligt att välja rätt tolkningsmodell. Ett vandrande beteende kan dels vara orsakat direkt av hjärnskadan och således utifrån denna synpunkt svårbehandlat, dels kan det vara ett uttryck för ångest, där det finns farmakologisk hjälp eller det kan bero på dålig lokalutförning med långa korridorer.

Aggressivitet är ett av de svåraste symtomen att handskas med hos en person med demenssjukdom. Aggressivt beteende är ofta det som gör att vården blir omöjlig att fortsätta att bedriva där den demenssjuke är. Också när det gäller aggressivitet är det oerhört väsentligt att klarlägga orsaken bakom aggressiviteten. Det kan

t.ex. bero på en organisk skada i hjärnan, dvs. direkta effekter av transmittorförändringar, vilket ibland går att rätta till med farmakologiska medel. Det kan ligga på personnivå där den demenssjuke har perceptuella svårigheter och kanske också en personlighet med aggressiva inslag sedan tidigare. I detta sammanhang är sannolikt farmakologisk behandling inte särskilt adekvat utan istället får man inrikta sig på att hjälpa den demenssjuke tillrätta och få honom att förstå sin situation. Aggressiviteten kan också ligga på den sociala nivån, dvs. att interaktion med vårdgivarna inte fungerar eller att vårdmiljön är inadekvat.

Beslutsförmåga/autonomi

En demenssjuk patients beslutsförmåga påverkas av en mängd faktorer och då i första hand vilken demenssjukdom patienten har och i vilket stadium. Involvering av frontalloben påverkar i större utsträckning patientens förmåga att ta ställning till information och besluta något utifrån denna information än skador i andra delar av hjärnan. I senare stadier av samtliga demenssjukdomar är beslutsförmågan kraftigt reducerad och i många fall obefintlig.

Att avgöra huruvida en svårt demenssjuk patient är kompetent att ta beslut gällande sin egen omvårdnad är en komplicerad fråga även för en mycket erfaren kliniker. Att fastställa en persons beslutsförmåga är inte nödvändigtvis en engångshändelse utan kräver upprepade bedömningar eftersom sjukdomen fortskrider och personens förmåga förändras över tid. Frågor man måste ställa sig är:

1. Förstår patienten överhuvudtaget den information som presenteras?
2. Kan patienten väga den information som ges och resonera i termer för och emot?

Hur beroende är medvetande/insikt av intakta kognitiva funktioner? Är det en del av sjukdomsprocessen eller en reaktion på sjukdomen som inkluderar psykologiska copingreaktioner som förnekande eller undvikande. Liksom depression kan känslor av oro vara resultatet av en psykologisk reaktion på det smärtsamma medvetandet om kognitiv nedgång.

Möjlighet att bedöma

Med hjälp av en neuropsykologisk bedömning kan man identifiera den sjukets svårigheter och kategorisera dessa för att fastställa en neuropsykologisk profil som innefattar både bedömning av kognition och personlighet. I nästa steg sker en tolkning och utifrån detta försöker man avgöra om sjukdomsbilden stämmer överens med funktionen i någon särskild region i hjärnan.

När det gäller just demenssjukdomar och särskilt i senare stadier är det sista steget komplicerat då skadorna aldrig är avgränsade utan diffust spridda i hjärnan.

Så länge patienten är testbar finns möjligheten att använda instrument och testmetoder för att avgöra patientens förmåga till beslutsfattande men för de svårast sjuka är detta en omöjlighet dels på grund av att instrumenten inte räcker till och dels på grund av att det vore praktiskt omöjligt att tänka sig att varje gång en behandling av något slag ska initieras.

Kunskaperna om demens är stadd i ständig och snabb förändring. En slutgiltig diagnos kan enbart ställas utifrån en neuropatologisk undersökning och kanske inte ens då. Fastsällande av diagnos är när det gäller förståelse av den sjukets tillstånd inte alltid nödvändigt.

Patientens öde ligger i händerna på omgivningens förmåga att se medmänniskan och på omgivningen förmåga till empati. Insikter om hur sjukdomen ter sig och fortskrider kan göra det lättare att undvika överkrav som kan vara plågsamma för patienten.

Referenser

- Aldring og hjernesygdommer, red. Engedahl K, Bruun Wyller T, Akribe Forlag, Oslo, 2003
- Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar, Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A, Liber, Falköping, 2003
- Cognitive neuropsychology of Alzheimer´s disease. Ed. Morris, R. G, & Becker, J. T. Oxford University Press, 2004
- Demensvård för nästa sekel. Wimo A, Sandman PO, Svenska Kommunförbundet, Stockholm, 1999
- Neuropsykologi. Eriksson H, Liber AB. Elanders Gummesons, Falköping, 2001
- Om demens, förlagsred, Tiger K, Liber AB, Stockholm, 2002.

Statens offentliga utredningar 2006

Kronologisk förteckning

1. Skola & Samhälle. U.
2. Omprövning av medborgarskap. Ju.
3. Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning i hela landet. N.
4. Svenska partnerskap – en översikt. Rapport 1 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
5. Organisering av regional utvecklingspolitik – balansera utveckling och förvaltning. Rapport 2 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
6. Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt. En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. UD.
7. Studieavgifter i högskolan. U.
8. Mångfald och räckvidd. U.
9. Kontroll av varor vid inre gräns. Fi.
10. Ett förnyat programkontor. U.
11. Spel i en föränderlig värld. Fi.
12. Rattfylleri och sjöfylleri. Ju.
13. Djurskydd vid hästavel. Jo.
14. Samernas sedvanemarker. Jo.
15. Detaljhandel med nikotinläkemedel. S.
16. Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. Fö.
17. Ny häkteslag. Ju.
18. Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. Fö.
19. Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. Ju.
20. Tonnageskatt. Fi.
21. Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. Ju.
22. En sammanhållen diskrimineringslagstiftning. Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. Ju.
23. Nya skatteregler för idrotten. Fi.
24. Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. S.
25. Arbetslivsresurs. Ett statligt ägt bolag efter sammanslagning av Samhall Resurs AB (publ) och Arbetslivstjänster. N.
26. Sverige som värdland för internationella organisationer. UD.
27. Stöd till hälsobefrämjande tandvård. S.
28. Nya upphandlingsregler 2. Fi.
29. Teckenspråk och teckenspråkiga. Kunskaps- och forskningsöversikt. S.
30. Är rättvisan rättvis? Tio perspektiv på diskriminering av etniska och religiösa minoriteter inom rättssystemet. Ju.
31. Anställ unga! U.
32. God sed vid lönebildning – Utvärdering av Medlingsinstitutet. N.
33. Andra vägar att finansiera nya vägar. N.
34. Den professionella orkestermusiken i Sverige. U.
35. Värdepapper och kontrolluppgifter. Fi.
36. För studenterna ...
– om studentkårer, nationer och särskilda studentföreningar. U.
37. Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. Ju.
38. Vuxnas lärande. En ny myndighet. U.
39. Ett utvidgat miljöansvar. M.
40. Utbildningens dilemma. Demokratiska ideal och andrafierande praxis. Ju.
41. Internationella sanktioner. UD.
42. Plats på scen. U.
43. Översyn av atomansvaret. M.
44. Bättre arbetsmiljöregler I. Samverkan, utbildning, avtal m.m. N.
45. Tänka framåt, men göra nu. Så stärker vi barnkulturen. + Bilaga/rapport: ”Det ser lite olika ut ...” En kartläggning av den offentligt finansierade kulturen för barn. U.

46. Jakten på makten. Ju.
47. Ökade möjligheter till trafiknykterhetskontroller vid gränserna. Ju.
48. Bidragsbrott. Fi.
49. Asylsökande barn med uppgivenhets-symtom – trauma, kultur, asylprocess. UD.
50. En ny lag om värdepappersmarknaden. + Författningsbilaga. Fi.
51. Tillgänglighet, mobil TV samt vissa andra radio- och TV-rättsliga frågor. + Daisy. U.
52. Diskrimineringens retorik. En studie av svenska valrörelser 1988–2002. Ju.
53. Partierna nominerar. Exkluderingens mekanismer – etnicitet och representation. Ju.
54. Teckenspråk och teckenspråkiga. Översyn av teckenspråkets ställning. S.
55. Ny associationsrätt för försäkringsföretag. + Författningsförslag. Fi.
56. Ansvarfull servering – fri från diskriminering. S.
57. En bättre tillsyn av missbrukarvården. S.
58. Sanktionsavgift i stället för straff – områdena livsmedel, foder och djurskydd. Jo.
59. Arbetslivets (o)synliga murar. Ju.
60. På tröskeln till lönearbete. Diskriminering, exkludering och underordning av personer med utländsk bakgrund. Ju.
61. Asylförfarandet – genomförandet av asylprocedurdirektivet i svensk rätt. UD
62. Testa och öva i norra Sverige. Center i Arvidsjaur. N.
63. Forensiska institutet. Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri. Ju.
64. Internationella kasinon i Sverige. En utvärdering. Fi.
65. Att ta ansvar för sina insatser. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. S.
66. Hästtävlingar – på lika villkor. Jo.
67. Fritid till sjöss och i hamn. Förslag till finansiering av service till sjöfolk. N.
68. Klenoder i tiden. En utredning om samlingar kring scen och musik. U.
69. Uppföljning av kostnadsutjämningen för kommunernas LSS-verksamhet. Fi.
70. Oinskränkt produktskydd för patent på genteknikområdet. Ju.
71. Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2. S.
72. Öppna möjligheter med alkohol. N.
73. Den segregeringande integrationen. Om social sammanhållning och dess hinder. Ju.
74. En ny lag om värdepappersmarknaden. Supplement. Fi.
75. Jämställdhet i förskolan – om betydelsen av jämställdhet och genus i förskolans pedagogiska arbete. U.
76. Otillbörliga affärsmetoder. Jo.
77. Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. U.
78. Hälsa, vård och strukturell diskriminering. Ju.
79. Integrationens svarta bok. Agenda för jämlikhet och social sammanhållning. Ju.
80. Patent och innovationer för tillväxt och välfärd. N.
81. Mervärdesskatt. Del 1. Förslag och ställningstaganden. Del 2. Utredningens underlag A. Del 3. Utredningens underlag B, bilagor. N.
82. Patientdatalag. S.
83. Radio och TV i allmänhetens tjänst. Överlåtelse av rättigheter till offentligt framförande. U.
84. Deluppföljning av den kommunal-ekonomiska utjämningen – med förslag om organisation samt löne- och byggkostnadsutjämning. Fi.
85. Drogtestning av totalförsvarspliktiga. Fö.
86. Mera försäkring och mera arbete. S
87. Arbetskraftsinvandring till Sverige – förslag och konsekvenser. N.
88. Effektivare LEK. N.
89. Tyst godkännande – ett nytt sätt att deklarerar. Fi.
90. På väg mot en enhetlig mervärdesskatt. Fi.
91. Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. S.
92. Skadeståndsansvar vid sjötransport av farligt gods. Ju.
93. Gästforskare – nya regler för inresa, vistelse och arbete. U.

94. Översvämningsshot. Risker och åtgärder för Mälaren, Hjälmaren och Vänern. M.
95. Detaljhandel med växtbaserade läkemedel. S.
96. Ett nytt grundlagsskydd för tryck- och yttrandefriheten?
Tryck- och yttrandefrihetsberedningen inbjuder till debatt. Del 1+2. Ju.
97. Arbetstagares medverkan vid gränsöverskridande fusioner. N.
98. Ytterligare rättssäkerhetsgarantier vid användandet av hemliga tvångsmedel, m.m. Ju.
99. En ny konkurrenslag. N.
100. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. S.
101. Se landsbygden! Myter, sanningar och framtidsstrategier. + Populärversion. Jo.
102. Samverkan för ungas etablering på arbetsmarknaden. + Forskarrapporter: Hur påverkar demografin arbetsmarknaden för unga? U.
103. Översyn av den rättsmedicinska verksamheten. Tillsyn, Rättsliga rådet och rättsläkarens roll. Ju.
104. En strategi för landsbygdsforskning. Underlag till Landsbygdskommittén. Rapport. Jo.
105. Verkligheten som kraftkälla. Lokala exempel från utvecklingsarbetet på landsbygden samt exempel från våra grannländers landsbygdsarbete. Rapport. Jo.
106. Fakta – omvärld – inspiration. Underlagsrapporter i arbetet med en strategi för hållbar landsbygdsutveckling. Jo.
107. Fokus på åtgärder
– En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet. S.
108. Att ta itu med fattigdomen. Krediters och garantiers nya roll i svenskt bilateralt bistånd. UD.
109. Ett enhetligt sanktionssystem för felparkering. N.
110. Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom. S.

Statens offentliga utredningar 2006

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Omprövning av medborgarskap. [2]
Rattfylleri och sjöfylleri. [12]
Ny häkteslag. [17]
Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. [19]
Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. [21]
En sammanhållen diskrimineringslagstiftning.
Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. [22]
Är rättvisan rättvis?
Tio perspektiv på diskriminering av etniska och religiösa minoriteter inom rättssystemet. [30]
Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. [37]
Utbildningens dilemma
Demokratiska ideal och andrafierande praxis. [40]
Jakten på makten. [46]
Ökade möjligheter till trafiknykterhetskontroller vid gränserna. [47]
Diskrimineringens retorik. En studie av svenska valrörelser 1988–2002. [52]
Partierna nominerar.
Exkluderingens mekanismer – etnicitet och representation. [53]
Arbetslivets (o)synliga murar. [59]
På tröskeln till lönearbete. Diskriminering, exkludering och underordning av personer med utländsk bakgrund. [60]
Forensiska institutet. Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri. [63]
Oinskränkt produktskydd för patent på genteknikområdet. [70].
Den segregrande integrationen.
Om social sammanhållning och dess hinder. [73]

- Hälsa, vård och strukturell diskriminering. [78]
Integrationens svarta bok. Agenda för jämlikhet och social sammanhållning. [79]
Skadeståndsansvar vid sjötransport av farligt gods. [92]
Ett nytt grundlagsskydd för tryck- och yttrandefriheten?
Tryck- och yttrandefrihetsberedningen inbjuder till debatt. Del 1+2. [96]
Ytterligare rättssäkerhetsgarantier vid användandet av hemliga tvångsmedel, m.m. [98]
Översyn av den rättsmedicinska verksamheten.
Tillsyn, Rättsliga rådet och rättsläkarens roll. [103]

Utrikesdepartementet

- Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt.
En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. [6]
Sverige som värdland för internationella organisationer. [26]
Internationella sanktioner. [41]
Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – trauma, kultur, asylprocess. [49]
Asylförfarandet – genomförandet av asylprocedurdirektivet i svensk rätt. [61]
Att ta itu med fattigdomen. Krediter och garantiers nya roll i svenskt bilateralt bistånd. [108]

Försvarsdepartementet

- Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. [16]
Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. [18]
Drogtestning av totalförsvarspiktiga. [85]

Socialdepartementet

- Detaljhandel med nikotinläkemedel. [15]
Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. [24]
Stöd till hälsobefrämjande tandvård. [27]
Teckenspråk och teckenspråkiga. Kunskaps- och forskningsöversikt. [29]
Teckenspråk och teckenspråkiga. Översyn av teckenspråkets ställning. [54]
Ansvarsfull servering – fri från diskriminering. [56]
En bättre tillsyn av missbrukarvården. [57]
Att ta ansvar för sina insatser. Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor. [65]
Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2. [71]
Patientdatalag. [82]
Mera försäkring och mera arbete. [86]
Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. [91]
Detaljhandel med växtbaserade läkemedel. [95]
Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. [100]
Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet. [107]
Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom. [110]

Finansdepartementet

- Kontroll av varor vid inre gräns. [9]
Spel i en föränderlig värld. [11]
Tonnageskatt. [20]
Nya skatteregler för idrotten. [23]
Nya upphandlingsregler 2. [28]
Värdepapper och kontrolluppgifter. [35]
Bidragsbrott. [48]
En ny lag om värdepappersmarknaden. + Författningsbilaga. [50]
Ny associationsrätt för försäkringsföretag. + Författningsförslag. [55]
Internationella kasinon i Sveige. En utvärdering. [64]
Uppföljning av kostnadsutjämningen för kommunernas LSS-verksamhet. [69]
En ny lag om värdepappersmarknaden. Supplement. [74]

- Deluppföljning av den kommunalekonomiska utjämningen – med förslag om organisation samt löne- och byggkostnadsutjämning. [84]
Tyst godkännande – ett nytt sätt att deklarerat. [89]
På väg mot en enhetlig mervärdesskatt. [90]

Utbildnings- och kulturdepartementet

- Skola & Samhälle. [1]
Studieavgifter i högskolan. [7]
Mångfald och räckvidd. [8]
Ett förnyat programkontor. [10]
Anställ unga! [31]
Den professionella orkestermusiken i Sverige. [34]
För studenterna...
– om studentkårer, nationer och särskilda studentföreningar. [36]
Vuxnas lärande. En ny myndighet. [38]
Plats på scen. [42]
Tänka framåt, men göra nu. Så stärker vi barnkulturen. + Bilaga/rapport: ”Det ser lite olika ut...” En kartläggning av den offentligt finansierade kulturen för barn. [45]
Tillgänglighet, mobil TV samt vissa andra radio- och TV-rättsliga frågor. + Daisy. [51]
Klenoder i tiden. En utredning om samlingar kring scen och musik. [68]
Jämställdhet i förskolan – om betydelsen av jämställdhet och genus i förskolans pedagogiska arbete. [75]
Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder. [77]
Radio och TV i allmänhetens tjänst. Överlåtelse av rättigheter till offentligt framförande. [83]
Gästforskare – nya regler för inresa, vistelse och arbete. [93]
Samverkan för ungas etablering på arbetsmarknaden. + Forskarrapporter: Hur påverkar demografin arbetsmarknaden för unga? [102]
- ## **Jordbruksdepartementet**
-
- Djurskydd vid hästavel. [13]
Samernas sedvanemarkar. [14]
Sanktionsavgift i stället för straff – områdena livsmedel, foder och djurskydd. [58]

- Hästitävlingar – på lika villkor. [66]
Otillbörliga affärsmetoder. [76]
Se landsbygden! Myter, sanningar och
framtidstrategier.
+ Populärversion. [101]
En strategi för landsbygdsforskning.
Underlag till Landsbygdskommittén.
Rapport. [104]
Verkligheten som kraftkälla. Lokala exempel
från utvecklingsarbetet på landsbygden
samt exempel från våra grannländers
landsbygdsarbete. Rapport. [105]
Fakta – omvärld – inspiration. Underlags-
rapporter i arbetet med en strategi för
hållbar landsbygdsutveckling. [106]

Miljö- och samhällsbyggnadsdepartementet

- Ett utvidgat miljöansvar. [39]
Översyn av atomansvaret. [43]
Översvämningshot. Risker och åtgärder
för Mälaren, Hjälmaren och Väneren. [94]

Näringsdepartementet

- Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning
i hela landet. [3]
Svenska partnerskap – en översikt.
Rapport 1 till Organisations-
utredningen för regional tillväxt. [4]
Organisering av regional utvecklingspolitik
– balansera utveckling och förvaltning.
Rapport 2 till Organisationsutredning-
en för regional tillväxt. [5]
Arbetslivsresurs.
Ett statligt ägt bolag efter sammanslag-
ning av Samhall Resurs AB (publ) och
Arbetslivstjänster. [25]
God sed vid lönebildning – Utvärdering av
Medlingsinstitutet. [32]
Andra vägar att finansiera nya vägar. [33]
Bättre arbetsmiljöregler I. Samverkan,
utbildning, avtal m.m. [44]
Testa och öva i norra Sverige. Center i
Arvidsjaur. [62]
Fritid till sjöss och i hamn. Förslag till
finansiering av service till sjöfolk. [67]
Öppna möjligheter med alkohol. [72]
Patent och innovationer för tillväxt och
välfärd. [80]
Mervärdeskog.
Del 1. Förslag och ställningstaganden.
Del 2. Utredningens underlag A.
Del 3. Utredningens underlag B, bilagor.
[81]

- Arbetskraftsinvandring till Sverige
– förslag och konsekvenser. [87]
Effektivare LEK. [88]
Tyst godkännande – ett nytt sätt att deklarerat
[89]
Arbetsstagares medverkan vid gränsöver-
skridande fusioner. [97]
En ny konkurrenslag. [99]
Ett enhetligt sanktionssystem för felparkering.
[109]