

Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom

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

Stockholm 2006



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2006:110

Till statsrådet Maria Larsson

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

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

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

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

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

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

Textredigering och layout har utförts av assistent Lena Enstam.

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

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

Stockholm i december 2006

Jan Pennlöv

/Stefan Axelsson
Leif Jacobson

Innehåll

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Förkortningar

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

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

Sammanfattning

Uppdraget

Mitt uppdrag har sammanfattningsvis varit

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

Betänkandet

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

Bakgrund

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

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

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

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

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

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

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

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

Internationell utblick

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

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

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

Översikt över relevant lagstiftning

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

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

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

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

Personer med nedsatt beslutsförmåga

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

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

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

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

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

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

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

Tvångs- och begränsningsåtgärder

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

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

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

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

Forskning om skydds- och tvångsåtgärder

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

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

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

Utveckling inom hjälpmedelsområdet

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

Värdegrund och etiska utgångspunkter

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

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

Demensvårdens organisation och resurser

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hur kan behovet av tvångs- och begränsningsåtgärder förebyggas?

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

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

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

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

Förslag till lagregler för tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänsten

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

Mina förslag och bedömningar:

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

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

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

Vilket är lagens tillämpningsområde?

Mina förslag och bedömningar:

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

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

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

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

nationella riktlinjer för demensvård som avses att publiceras under 2008.

Vilka möjligheter till tvångs- och begränsningsåtgärder ska lagen ge?

Mina förslag:

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

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

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

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

Mina förslag och bedömningar:

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

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

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

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

Var ska lagen kunna tillämpas?

Mina förslag och bedömningar:

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

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

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

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

Vilka regler ska gälla för utredning, beslut och överklagande?

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

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

Utredning

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

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

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

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

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

Beslutsordning

Socialnämnden

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

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

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

Länsrätten

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

Verkställighet, omprövning och upphörande av beslut

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

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

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

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

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

Handläggning

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

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

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

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

Polishandräckning

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

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

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

Överklagande

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

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

Förslag till lagregler för tvångsåtgärder vid medicinsk behandling

Mina förslag och bedömningar:

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

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

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

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

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

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

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

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

Införande, utvärdering och ekonomiska konsekvenser

Införande och utvärdering

Mina förslag och bedömningar:

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

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

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

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

Ekonomiska konsekvenser

Mina bedömningar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

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

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

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

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

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

1. med respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet,

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

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

En mindre ingripande åtgärd skall användas om den är tillräcklig.

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

Med socialnämnd enligt denna lag avses den eller de nämnder som

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

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

Med särskilt boende enligt denna lag avses

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

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

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

Med dagverksamhet enligt denna lag avses

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

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

Tillämpningsområde

4 § Denna lag tillämpas på personer som

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

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

a) särskilt boende,

b) dagverksamhet,

c) hemtjänst, eller

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

a) särskilt boende, eller

b) daglig verksamhet.

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

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

Tvångs- och begränsningsåtgärder

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

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

Flyttning till särskilt boende

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

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

Låsning av ytterdörr

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

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

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

Användning av sänggrind m.m.

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

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

Användning av pejlings- och larmanordning

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

Fasthållning eller bortförande

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

Åtgärder för att genomföra nödvändiga omvårdnadsinsatser

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

Utredning

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

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

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

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

15 § Socialnämndens utredning skall innehålla

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

Beslut om tvångs- och begränsningsåtgärder

Beslut

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

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

Beslut i brådskande fall

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

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

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

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

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

Verkställighet, omprövning och upphörande av beslut

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

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

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

Socialnämnden skall

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

Handläggning

Skyndsam handläggning

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

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

Muntlig förhandling

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

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

Domstols befogenheter m.m.

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

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

Delgivning

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

Offentligt biträde

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

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

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

Polishandräckning

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

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

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

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

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

Rapportering

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

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

Normgivningsbemyndigande

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

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

Överklagande

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

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

Tystnadsplikt

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

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

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

Härigenom föreskrivs följande.

Lagens innehåll, syfte och tillämpningsområde

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

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

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

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

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

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

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

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

Beslut om medicinsk behandling

Beslut

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

1. läkare i allmän tjänst, eller

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

Beslutet skall avse en eller flera närmare angivna medicinska behandlingar.

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

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

Beslut i brådskande fall

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

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

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

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

Utredning

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

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

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

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

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

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

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

4. konsekvenserna av att den medicinska behandlingen uteblir,

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

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

Verkställighet, omprövning och upphörande av beslut

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

Övriga beslut enligt denna lag gäller omedelbart.

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

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

1. fortlöpande överväga om åtgärden behövs, och

2. ompröva beslutet när det begärs av den enskilde.

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

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

Dokumentation

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

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

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

Handläggning

Skyndsam handläggning

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

Muntlig förhandling

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

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

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

Domstols befogenheter m.m.

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

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

Delgivning

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

Offentligt biträde

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

Offentligt biträde förordnas av den domstol som handlägger målet.

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

Polishandräckning

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

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

Överklagande

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

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

Rapportering

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

Normgivningsbemyndigande

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

18 §¹

Länsrätt är domför med en lagfaren domare ensam

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

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

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

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

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

¹ Senaste lydelse 2005:719.

enligt 34 § samma lag,

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

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

enligt 34 § samma lag,

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

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

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

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

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

2 §²

Sekretessen enligt 1c § gäller inte

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

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

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

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

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

Sekretessen enligt 1c § gäller inte

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

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

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

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

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

² Senaste lydelse 2006:854.

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

4 §³

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

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

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

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

samt

verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av social-

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

beslut om tvångs- eller begränsningsåtgärd eller

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

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

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

verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av social-

³ Senaste lydelse 2005:127.

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

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

14 kap.

2 a §

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

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

16 kap.⁴

1 §

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

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

⁴ Senaste lydelse 2006:858.

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 a §

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

22 a §

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

22 b §

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

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §⁵

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

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

⁵ Senaste lydelse 2004:187.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

3 §

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

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

10 kap.

4 §

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

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

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

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

6 §

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

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

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

Nuvarande lydelse

I denna lag avses med socialtjänst

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

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

3. verksamhet som i övrigt bedrivs av Statens institutionsstyrelse,

4. verksamhet hos kommunal invandrarbyrå,

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

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

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

Föreslagen lydelse

2 §

I denna lag avses med socialtjänst

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

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

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

3. verksamhet som i övrigt bedrivs av Statens institutionsstyrelse,

4. verksamhet hos kommunal invandrarbyrå,

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

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

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

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §⁶

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

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

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

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

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

⁶ Senaste lydelse 2004:190.

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

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

1 Bakgrund

1.1 Uppdraget

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

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

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

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

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

1.2 Några kommentarer till uppdraget och direktiven

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

1.2.1 Ett komplext problem som inte kan lösas enbart med lagstiftning

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

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

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

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

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

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

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

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

I direktiven anges bl.a. att

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

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

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

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

1.2.4 Förmynderskapsutredningens förslag har ännu inte blivit föremål för lagstiftning

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

Förmynderskapsutredningen¹ föreslår i betänkandet (SOU 2004:112) en ny lagstiftning som ska ge personer med nedsatt beslutsförmåga bättre förutsättningar för inflytande och påverkan. Man föreslår att en ny form av företrädare, som benämns "vårdombud", inrättas inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Vårdombuden, som också kan vara närstående, ska få legal status och övriga förutsättningar för att kunna företräda sin huvudman specifikt inom den sociala välfärden och hälso- och sjukvården

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

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

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

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

1.2.5 Min syn på några centrala begrepp i direktiven

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.7 Det saknas underlag för att beräkna ekonomiska konsekvenser

I direktiven anges följande beträffande förslagets ekonomiska konsekvenser.

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

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

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

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

1.2.8 Mina utgångspunkter är individens säkerhet och personalens trygghet

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

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

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

1.3 Utredningens arbete

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

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

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

³ Umeå, Vännäs, Vindelns och Bjurholms kommuner.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4 Uppdragets förhistoria

1.4.1 Socialberedningen föreslår lag om skydd för vissa åldersdementa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.2 Regeringen avstyrker socialberedningens lagförslag

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

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

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

1.4.3 Socialstyrelsen ger ut föreskrifter och allmänna råd

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

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

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

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

⁸ SOSFS1997:16.

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

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

1.4.4 Socialstyrelsen aktualiserar frågan om lagreglering på nytt

Socialstyrelsen hemställde i skrivelse daterad 10 december 1999

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

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

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

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

¹⁰ Skyddsåtgärder inom äldreomsorgen (Äldreuppdraget 1999:7).

- nuvarande rättsregler inte ger tillräcklig vägledning för personalens handlande.

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

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

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

1.4.5 Demensarbetsgruppen vill att behovet av lagstiftning utreds

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

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

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

1.4.6 ...liksom Förmynderskapsutredningen

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

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

1.5 Andra aktuella utredningar och projekt med relevans för mitt uppdrag

1.5.1 Förmynderskapsutredningen har föreslagit ny lagstiftning om ställföreträdare

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

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

...den enskilde p.g.a. psykisk störning, sjukdom, skada eller liknande förhållande uppenbarligen inte förmår att tillgodogöra sig information i en fråga rörande angelägenheter inom den sociala välfärden, att självständigt överväga konsekvenserna av beslut i frågan eller att meddela sin mening. Ett sådant beslut skall, liksom när det gäller 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.

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

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

1.5.2 SBU har utvärderat aktuell forskning om demenssjukdomar

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

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

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

¹⁴ Demenssjukdomar – en systematisk litteraturöversikt, SBU 2006.

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

1.5.3 Socialstyrelsen utarbetar nationella riktlinjer för demensvård

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

1.5.4 IMS gör en kunskapsöversikt om yngre personer med demenssjukdom

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

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

1.5.5 Utredningen om en stärkt och tydligare tillsyn av socialtjänsten

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

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

2 Internationell utblick

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Danmark har lag om tvångsåtgärder för vuxna med psykiska funktionshinder

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

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

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

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

³ Lov nr 392 av 2 juni 1999.

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

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

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

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

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

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

Personliga alarm- och pejlingssystem

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

Särskilda dörröppnare

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

Fasthållning

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

Fastspänning

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

Flyttning till ett särskilt boende

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

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

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

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

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

2.2 Norge har skyddsregler för personer med psykisk utvecklingsstörning

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

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

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

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

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

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

⁷ Ot.prop 55/2002–2003.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4 Några övriga länder

2.4.1 England och Wales

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

Fem principer utgör lagens fundament

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

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

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

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

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

2.4.2 Holland

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4.3 USA

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

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

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

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

2.4.4 Japan

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

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

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

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

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

3 Översikt över relevant lagstiftning

3.1 Inledning

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

3.2 Regeringsformen

3.2.1 Allmänt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴ Prop. 1975/76:209 s. 86 och 140 f.

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

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

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

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

3.2.2 Allmänt om bl.a. kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden

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

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

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

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

⁷ Se Rynning, s. 100.

⁸ SOU 1975:75, bilaga 11, s. 356.

⁹ Rynning, s. 102.

¹⁰ AD 1984:84.

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

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

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

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

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

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

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

3.2.3 Något om begreppet påtvingat

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

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

¹¹ Prop. 1975/76:209, s. 147.

¹² Prop. 1975/76:209, s. 52.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁵ A.a. sidan 110.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.4 Något om begreppen tvång och samtycke

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

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

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

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

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

3.2.4.1 Samtyckets beskaffenhet

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

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

¹⁸ Rynning, s. 321 f.

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

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

3.2.4.2 Tvång

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

¹⁹ Rynning s. 324 ff.

²⁰ Rynning, s. 325 och 385.

²¹ Rynning, s. 325.

²² Ds 2003:47 s. 128.

²³ SOSFS 1997:16.

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

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

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

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

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

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

²⁶ Brotten 1, s. 270.

²⁷ A.a. s. 271.

²⁸ A.a. s. 266.

²⁹ A.a. s. 266.

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

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

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

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

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

³⁰ A.a. s. 267.

³¹ SOU 2004:112.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.5 Något om myndighetsutövning

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

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

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

³⁴ Prop. 1971:30 s. 330 f.

³⁵ Prop. 1985/86:80 s. 55.

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

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

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

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

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

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

³⁸ Prop. 1992/93:43 s. 23.

³⁹ JO 2001/02 s. 252.

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Förvaltningslagen

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

⁴⁰ Ds 2003:30.

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

⁴² S. 125 f.

⁴³ Prop. 2004/05:89 s. 19.

⁴⁴ SOU 1994:139.

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4 Socialtjänstlagen

3.4.1 Allmänt

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

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

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

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

⁴⁵ Prop. 2000/01:80 s. 85.

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

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

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

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

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

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

⁴⁶ Prop. 1992/93:43 s. 21.

⁴⁷ A. prop. s. 22.

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

⁴⁹ Norström/Thunved, s. 60.

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

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

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

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

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

3.4.2 Särskilda bestämmelser för äldre människor

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

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

⁵⁰ Norstöm/Thunved, s. 61.

⁵¹ Prop. 1996/97:124, s. 53 f.

⁵² Prop. 2000/01:80 s. 92.

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

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

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

3.4.3 Bestämmelser för människor med funktionshinder

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

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

⁵³ Prop. 1996/97:124, s. 89, 121 f.

⁵⁴ A. prop., s. 122.

⁵⁵ Norström/Thunved, s. 105 och 111.

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

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

3.4.4 Enskild verksamhet

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

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

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

⁵⁶ Jfr Norström/Thunved s. 115.

⁵⁷ Norström/Thunved, s. 149.

3.4.5 Bestämmelser av betydelse för handläggningen av socialtjänstären

3.4.5.1 Inledning

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

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

3.4.5.2 Inledande av utredning

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

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

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

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

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

⁵⁸ Prop. 1979/80:1 del A s. 562.

⁵⁹ Norström Thunved s. 181.

⁶⁰ Prop. 1979/80:1 del A s. 562.

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

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

⁶³ SOSFS 2006:5.

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

⁶⁵ Prop. 1979/80:1 del A s. 562.

⁶⁶ A. prop. s. 400 f.

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

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

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

3.4.5.3 Dokumentation

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

⁶⁷ A. prop. s. 398 f.

⁶⁸ A. prop. s. 399.

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

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

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

3.4.5.4 Delegation inom kommunen

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

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

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

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

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

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

⁶⁹ Prop., 1996/97:124 s. 181.

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

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

3.4.6 Anmälan till överförmyndaren

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

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

3.5 Tvångslagstiftning inom socialtjänsten

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

⁷⁰ S. 167 f samt s. 1343 f.

⁷¹ 11 kap. 1 a §.

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

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

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

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

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

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

3.6.1 Allmänt

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

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

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

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

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

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

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

⁷³ A. prop. s. 167.

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

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

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

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

⁷⁴ A. prop. s. 167 f

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

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

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

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

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

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

3.6.2 Insatser enligt LSS

Insatserna för särskilt stöd och service är

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

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

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

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

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

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

3.6.3 Huvudmän

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

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

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

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

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

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

När det gäller begreppet myndighetsutövning hänvisas till avsnitt 3.2.5.

3.6.4 Enskild verksamhet

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

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

3.6.5 Handläggning och dokumentation

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

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

⁸² JO 2001/02 s. 308.

3.7 Tillsynen över socialtjänsten och LSS

3.7.1 Allmänt

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

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

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

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

3.7.2 Länsstyrelsens tillsynsansvar

Tillsynen enligt socialtjänstlagen

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

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

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

⁸³ SOU 2002:14, s. 31.

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

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

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

Tillsynen enligt LSS

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

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

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

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

3.8 Anmälan om missförhållanden (Lex Sarah)

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

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

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

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

⁸⁵ Prop. 1997/98:113, s. 85.

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

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

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

3.9 Äldreskyddsombud

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

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

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

⁸⁷ Dnr 2003/1497/ST.

3.10 Lagstiftning inom hälso- och sjukvården

3.10.1 Allmänt

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

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

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

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

3.10.2 Hälso- och sjukvårdslagen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.10.3 Självbestämmande och information

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

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

⁸⁹ Numera endast Gotlands kommun.

⁹⁰ Prop. 1995/96:176, s. 56–57.

⁹¹ Prop. 1995/96:176, s. 56.

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

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

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

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

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

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

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

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

⁹⁴ Prop. 1981/82:97, s. 58.

⁹⁵ A.a. s. 50 och 118.

⁹⁶ A.a. s. 118.

⁹⁷ Prop. 1998/99:4, s. 49 f.

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

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

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

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

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

⁹⁸ A. prop. s. 24.

⁹⁹ Sahlin, s. 89 och Rynning, s. 269.

¹⁰⁰ Prop. 1996/97:60, s. 44.

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

¹⁰² Prop. 1993/94:149, s. 68.

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

3.10.4 Bestämmelser för den offentliga sjukvården

Landstinget

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

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

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

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska landstinget enligt 3 a § första stycket ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Det åligger landstinget att ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat. Med behandlingsalternativ avses enligt för-

arbetena¹⁰³ åtgärder med medicinskt innehåll som erbjuds av legitimerade yrkesutövare. Som exempel på olika behandlingsalternativ anges bl.a. kirurgiska ingrepp, läkemedelsbehandling, rehabiliteringsmetoder och specifik omvårdnad¹⁰⁴. Utanför begreppet faller däremot olika tänkbara alternativ inom området undersökning och diagnostik, valet av vårdform, om det inte följer av valet av behandlingsalternativ, samt hjälpmedel.

I 3 a § tredje stycket regleras möjligheten till s.k. second opinion. Det anges där att landstinget ska ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning i det fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Patienten ska erbjudas den behandling den förnyade bedömningen kan föranleda. Av bestämmelsen följer att landstinget i vissa situationer är skyldig att medverka till att patienten, om han så önskar, får möjlighet att diskutera sin sjukdom eller skada samt behandling med ytterligare en läkare. Det ankommer dock ytterst på läkaren att fastställa om de förutsättningar som anges i stycket för en förnyad bedömning föreligger¹⁰⁵.

Den omständigheten att landstinget har angetts som ansvarig utgör inte, vilket uttryckligen framgår 3 § första stycket sista meningen, något hinder för någon annan att bedriva hälso- och sjukvård. Landstingets ansvar innebär inte heller någon skyldighet för landstinget att själv bedriva verksamheten utan landstinget får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som faller inom landstingets ansvar inom HSL¹⁰⁶. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av bestämmelsen överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ. Om landstinget överlämnar till någon annan att utföra dess uppgifter enligt HSL ska i avtalet anges de särskilda villkor som gäller för landstingets överlämnande¹⁰⁷. Om landstinget överlämnar till någon annan att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett sjukhus, ska avtalet enligt 3 § fjärde stycket innehålla villkor om att verksamheten ska drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent och att vården ska bedri-

¹⁰³ Prop. 1998/99:4, s. 46 f.

¹⁰⁴ A. prop. s. 47.

¹⁰⁵ A. prop. s. 47.

¹⁰⁶ 3 § tredje stycket, se även prop. 1981/82:97, s. 33 och prop. 1992/93:43, s.

¹⁰⁷ 3 § tredje stycket, se även prop. 2004/05:89 s. 19 ff och s.27.

vas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter enligt 26 § HSL.

Kommunen

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården m.m. regleras i 18–21 §§ HSL. Bestämmelserna, som trädde i kraft den 1 januari 1992, infördes i samband med den s.k. Ädelreformen. Bestämmelserna gäller, om inte annat särskilt anges, endast kommuner som ingår i ett landsting (17 §).

I 18 § HSL, som korresponderar mot den grundläggande bestämmelsen om landstingets hälso- och sjukvård, anges att det åligger kommunen att ge en god hälso- och sjukvård till vissa särskilt angivna kategorier av människor. Kommunen har, i likhet med landstingen, också ett planerings- och samverkansansvar för sjukvården (20–21 §§).

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvården omfattar enligt 18 § första stycket dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket eller 5 kap. 7 § tredje stycket SoL. Kommunens ansvar omfattar vidare dem som genom beslut av kommunen bor i en sådan enskild bedriven boendeform som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL, dvs. boenden som motsvarar boenden enligt nyss angivna bestämmelser i 5 kap. SoL. Till kommunens ansvar hör också att erbjuda en god hälso- och sjukvård i samband med kommunal dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § SoL.

Enligt vad som anges i förarbetena till LSS¹⁰⁸ omfattar kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar även bl.a. insatserna bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet enligt 9 § punkterna 9–10 LSS, då dessa bostäder respektive sådan verksamhet utgör sådana särskilda boenden respektive sådan verksamhet som avses i 5 kap. 7 § och 3 kap. 6 § SoL.

När det sedan gäller den hälso- och sjukvård som brukar benämnas hemsjukvård är det landstinget som primärt ansvarar för den verksamheten. Landstinget kan dock med en kommun inom landstinget träffa avtal om att överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård till kommunen. Ett sådant avtal om huvudmannaskaps-

¹⁰⁸ Prop. 1992/93:159 s. 182; se även Äldrevårdsutredningens betänkande, Sammanhållen hemvård [SOU 2004:68] s. 77, 363 och 365, och LSS och hjälpmedelsutredningens betänkande, LSS – Särskilt personligt stöd [SOU 2004:103] s. 255 ff.

överföring kräver regeringens medgivande för att bli giltigt (18 § tredje stycket). Kravet på regeringens medgivande för att kommunen ska kunna ta över ansvaret för hemsjukvården försvinner dock från och med den 1 januari 2007¹⁰⁹.

För det fall någon överenskommelse inte har träffats med landstinget har kommunen givits en möjlighet att på frivillig väg erbjuda hemsjukvård till dem som vistas i kommunen (18 § andra stycket). Som skäl för denna möjlighet anfördes i förarbetena till Ädelreformen¹¹⁰ bl.a. följande.

Det kan t.ex. vara mer ändamålsenligt att en kommun fortsätter att meddela vård åt en person, som bor i en sådan boendeform/bostad som sägs i 20 eller 21 §§ socialtjänstlagen [numera 5 kap 5 § och 5 kap. 7 § SoL], i de fall denne tillfälligt vistas i sin egen eller i en familjemedlems bostad i kommunen. Kommunen bör därför ges befogenhet att även i andra fall än då någon överenskommelse träffats med landstinget svara för hemsjukvårdsinsatser.

En sådan befogenhet som nu sagts innebär dock inte att kommunen till någon del skall överta den skyldighet som landstinget har att ansvara för hemsjukvården. Skyldigheten ligger odelat kvar på landstinget.

Kommunens ansvar för hälso- och sjukvården vid de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad, vid bostäderna med särskild service och vid den kommunala dagverksamheten samt hemsjukvården sträcker sig upp till sjuksköterskenivå, vilket innebär att kommunens ansvar inte omfattar den hälso- och sjukvård som meddelas av läkare (jfr 18 § fjärde stycket). De kommuner som ingår i landsting får mot den bakgrunden anses förhindrade att inom ramen för HSL anställa eller på annat sätt i egen regi disponera över läkare inom äldreomsorgen¹¹¹.

Från och med den 1 januari 2007 ankommer det emellertid på landstinget och kommunerna inom respektive landstingsområde att sluta avtal om de läkarresurser som landstinget ska avsätta för att enskilda ska kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i verksamheter som avses i 18 § första stycket HSL. Detsamma gäller i ordinärt boende om en kommun ansvarar för hemsjukvården. För det fall landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet ges kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning från landstinget. En ny bestämmelse om

¹⁰⁹ Prop. 2005/06:115.

¹¹⁰ Prop. 1990/91:14, s. 60.

¹¹¹ Sahlin s. 207.

detta införs i HSL (26 d § HSL). Som en följd av att kommunen enligt denna paragraf ges en möjlighet att anlita läkare ändras även lydelsen i 18 § fjärde stycket HSL.

I den utsträckning kommunen enligt 18 § har ansvaret för hälso- och sjukvården har kommunen också en skyldighet att erbjuda rehabilitering, habilitering och hjälpmedel för funktionshindrade (18 b § första stycket).

Landstinget och en kommun inom landstinget kan, även om någon överenskommelse om överlåtelse av ansvaret för hälso- och sjukvården enligt 18 § inte har träffats, avtala om att kommunen ska ansvara för hjälpmedel för funktionshindrade (18 b § andra stycket). Kommunen har också ett visst ansvar för att tillhandahålla förbrukningsartiklar (18 c §).

En motsvarande rätt att välja behandlingsalternativ som för landstingens del regleras i 3 a § ges för kommunernas räkning i 18 a §. Bestämmelsen omfattar således, då den avser den kommunala hälso- och sjukvården, den specifika omvårdnad som t.ex. sjuksköterskor inom den kommunala äldreomsorgen utför¹¹².

I likhet med vad som gäller för landstinget får en kommun sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvarar för enligt HSL. Om så sker ska, i likhet med vad som gäller för landstinget, vid ett sådant avtal de särskilda villkor som gäller för överlämnandet införas i avtalet (18 § femte stycket). Även för kommunen gäller den begränsningen att en uppgift som innefattar myndighetsutövning inte med stöd av den aktuella bestämmelsen kan överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

3.11 Lag om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område (LYHS)

Med hälso- och sjukvård avses enligt lagen bl.a. verksamhet enligt HSL och tandvårdslagen (1985:125). Vårdgivare är den som, fysisk eller juridisk person, yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård (1 kap. 3 §).

Begreppet hälso- och sjukvårdspersonal innefattar enligt lagen bl.a.

¹¹² Prop. 1998/99:4 s. 48.

1. den som har legitimation eller använder vissa skyddade yrkestitlar inom hälso- och sjukvården,
2. personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter och
3. den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.

Med verksam personal enligt punkten 2 avses inte enbart anställd personal utan även de personer som t.ex. utför arbete på entreprenad. Till gruppen hör bl.a. vårdbiträden och undersköterskor¹¹³.

För att falla in under punkten 3 ska den biträdande hjälpa till vid behandling, vård eller undersökning av en patient. Punkten kan t.ex. bli tillämplig inom vissa delar av kommunens äldreomsorg¹¹⁴.

I lagens 2 kap. regleras de allmänna skyldigheter som åvilar hälso- och sjukvårdspersonalen. Någon skillnad görs inte mellan dem som arbetar i enskild respektive offentlig tjänst.

Enligt 2 kap. 1 § ska den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. I bestämmelsen anges vidare att vården så långt möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten och att patienten ska visas omtanke och respekt (jfr 2a § HSL).

I 2 kap. 2 § regleras hälso- och sjukvårdspersonalens informationsskyldighet gentemot patienterna. Bestämmelsen motsvarar 2 § b HSL (se avsnitt 3.10.3). Bestämmelsen i HSL riktar sig dock mot vårdgivarna.

I 2 kap. 2 a § regleras möjligheten till val av behandlingsalternativ och rätten till second opinion. Utanför lagrummets tillämpningsområde faller tandvård enligt tandvårdslagen. Bestämmelsen har sin motsvarighet i 3 a § HSL (se avsnitt 3.10.4).

3.12 Tillsynen över hälso- och sjukvården

Det finns flera olika statliga instanser, bl.a. Socialstyrelsen och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) som en patient kan vända sig till om hon eller han är missnöjd med vården. Förutom dessa instanser kan patienter och anhöriga vända sig till de patient-

¹¹³ KARNOV, 2003/2004, s. 4078, not 8.

¹¹⁴ KARNOV, 2003/2004, s. 4078, not 9.

nämnder, som enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m., ska finnas i landstingen och kommunerna.

3.12.1 Socialstyrelsens tillsyn

Av 6 kap. 1 § LYHS framgår att hälso- och sjukvården och dess personal står under Socialstyrelsens tillsyn. Tillsynen omfattar såväl verksamhets- som individtillsyn. Tillsynen omfattar all hälso- och sjukvård oavsett driftsform, med undantag för den sjukvård som ges inom försvaret.

Syftet med Socialstyrelsens tillsyn är främst att förebygga skador och eliminera risker inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ska vara ett stöd för såväl den som bedriver verksamheten som för personalen. Det åligger också styrelsen att granska verksamheten och personalens åtgärder, dvs. kontrollera att den vård som ges uppfyller kraven på bl.a. god vård¹¹⁵.

Socialstyrelsen har i sin tillsynsverksamhet rätt att ta del av handlingar och erhålla upplysningar i behövlig utsträckning samt att göra inspektioner (6 kap. 9–10 §§).

Socialstyrelsen kan vidare, om den finner att en vårdgivare inte uppfyller kraven på god vård och om missförhållandena är av betydelse för patientsäkerheten, förelägga vårdgivaren att avhjälpa missförhållandena. I föreläggandet får vite sättas ut. Om ett sådant föreläggande inte följs och om missförhållandena är allvarliga, får Socialstyrelsen förbjuda verksamheten antingen helt eller delvis. Om det är fara för patientens liv, hälsa eller personliga säkerhet i övrigt kan Socialstyrelsen, utan föreläggande, förbjuda verksamheten helt eller delvis. Om det finns sannolika skäl för att verksamheten kommer att förbjudas helt eller delvis och ett sådant beslut inte kan avvaktas får Socialstyrelsen tills vidare helt eller delvis förbjuda verksamheten. Den som bryter mot ett beslut att förbjuda verksamheten kan dömas till böter eller fängelse i högst sex månader (8 kap. 2 §).

Av betydelse för Socialstyrelsens tillsynsverksamhet är även bestämmelserna om anmälningsskyldighet för den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av styrelsens tillsyn (6 kap. 6–8 §§).

Av 6 § framgår att den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av Socialstyrelsens tillsyn enligt 6 kap. ska anmäla detta

¹¹⁵ 6 kap. 3 § och prop. 1997/98:109, s. 167 och prop. 1995/96:176 s. 94.

till styrelsen senast en månad innan verksamheten påbörjas. En sådan anmälan innebär inte att Socialstyrelsen ska göra någon prövning av anmälan utan denna är till för att styrelsen ska ha kännedom om de verksamheter som den har tillsyn över. Att tillsyner inte får utövas förrän verksamheten har påbörjats utgör emellertid inte något hinder för Socialstyrelsen att den, på förfrågan eller på eget initiativ, ger råd och stöd om hur verksamheten bör bedrivas¹¹⁶. Även i de fall en verksamhet förändras helt eller till väsentlig del eller flyttas eller läggs ned ska en anmälan om detta göras till styrelsen (8 §). Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet underlåter att göra en anmälan enligt 6 och 8 §§ döms till böter (8 kap. 1 §).

En anmälan enligt 6 § ska innehålla uppgifter om bl.a. verksamhetens inriktning, var verksamheten ska bedrivas, vem som är verksamhetschef och vem som ansvarar för att en s.k. Lex Maria-anmälan enligt 4 § görs.

Av vikt för tillsyner är vidare vårdgivarens skyldighet att enligt 4 § göra en Lex Maria-anmälan. I lagrummet föreskrivs att en vårdgivare, om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom, snarast ska anmäla detta till Socialstyrelsen. I sammanhanget kan också nämnas att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen enligt 2 kap. 7 § denna lag är skyldig att till vårdgivaren rapportera om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.

När det gäller hälso- och sjukvårdspersonalen har Socialstyrelsen, om den anser att det finns skäl för bl.a. disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation, att anmäla saken till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (6 kap. 18 §). Det ankommer också på Socialstyrelsen att under vissa förutsättningar göra en anmälan om åtal, om den mot vilken disciplinpåföljd kan övervägas, är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått ett brott för vilket fängelse är föreskrivet (6 kap. 19 §).

3.12.2 Disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation

I 5 kap. LYHS ges bestämmelser om bl.a. disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation. Bestämmelserna gäller hälso- och sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning inom hälso- och sjukvården. Bestämmelserna omfattar hälso- och sjukvårdspersonalens yrkes-

¹¹⁶ Prop. 1995/96:176, s. 95.

utövning var- och närhelst den sker och är därför inte begränsad till personalens arbetstid och arbetsplats¹¹⁷.

Bestämmelserna om disciplinpåföljd gäller enligt 5 kap. 2 § endast sådan yrkesutövning som har betydelse för patientsäkerheten. Denna begränsning innebär enligt förarbetena¹¹⁸ t.ex. att bemötandefrågor normalt faller utanför lagens tillämpningsområde.

Med disciplinpåföljd avses erinran eller varning. Sådan påföljd kan åläggas om hälso- och sjukvårdspersonal uppsåtligen eller av oaktsamhet inte fullgör vissa särskilt angivna uppgifter i LYHS eller någon annan föreskrift som är av direkt betydelse för säkerheten i vården. Sådan påföljd kan, om särskilda skäl föreligger, även åläggas den som tidigare har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen. Om ett fel är ringa eller framstår som ursäktligt får disciplinpåföljd underlåtas (5 kap. 3 §).

Enligt 5 kap. 7 § ska legitimation att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården återkallas bl.a. om den legitimerade varit grovt oskicklig vid utövning av sitt yrke eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket.

Frågor om disciplinpåföljd och återkallelse av legitimation m.m. prövas enligt 7 kap. 1 § LYHS av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

Behörig att göra anmälan i frågor om disciplinpåföljd är den patient som saken gäller, eller om denne inte själv kan anmäla saken, en närstående till patienten. Behöriga att göra en sådan anmälan är även Socialstyrelsen, Riksdagens ombudsmän (JO) och Justitiekanslern (JK). Ansökan om återkallelse av legitimation kan endast göras av nämnda myndigheter eller på ansökan av den som saken gäller (7 kap. 7 §).

Nämnden kan enligt 7 kap. 8 § LYHS överlämna ett ärende beträffande arbetstagare till arbetsgivaren för åtgärd som kan ankomma på denne, om det är uppenbart att ärendets behandling i nämnden inte är påkallad från allmän synpunkt eller för att tillvarata patientens rätt. Nämnden kan också med stöd av 7 kap. 19 § LYHS överlämna en anmälan till landstinget eller kommunen för åtgärd, om anmälan innehåller klagomål över bristen i kontakten mellan en patient och hälso- och sjukvårdspersonalen eller något annat liknande förhållande och om det finns grundad anledning att anta att anmälan inte kan föranleda disciplinpåföljd. Det kan gälla

¹¹⁷ Prop. 1993/94:149, s. 121.

¹¹⁸ Prop. 1993/94:149, s. 47-52 och 122.

ärenden som är mer lämpliga för en patientnämnd enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Enligt 7 kap. 20 § ska nämnden göra anmälan till åtal om den i ett ärende finner att den mot vilken disciplinpåföljd är ifrågasatt är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått brott för vilket fängelse är föreskrivet.

Nämndens beslut enligt LYHS kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Överklagande av nämndens slutliga beslut kan göras av enskild som gjort anmälan eller av någon annan som beslutet angår, om det gått dem emot och av Socialstyrelsen för att tillvarata allmänna intressen. Bestämmelser om JO:s och JK:s rätt att överklaga bl.a. beslut om disciplinpåföljd finns i lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän och lagen (1975:1339) om Justitiekanslerns tillsyn (8 kap. 10 § LYHS).

3.13 Patientjournalagen

Vid vård av patienter inom hälso- och sjukvården ska enligt 1 § patientjournalagen (1985:562) patientjournal föras. Hit räknas även tandvård¹¹⁹. Lagen gäller generellt dvs. både den allmänna och den enskilda vården (a. prop., s. 36).

Med patientjournal avses alla de anteckningar som görs och handlingar som upprättas eller inkommer i samband med vården och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden och om vårdåtgärder (2 §).

I lagen ges även bestämmelser om bl.a. vad en patientjournal ska innehålla och vem som är skyldig att föra patientjournal (3 och 9 §§).

I 3 § föreskrivs inledningsvis att en patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten och att uppgifterna ska föras in i journalen så snart det kan ske. Vidare anges att en patientjournal, om sådana uppgifter föreligger, alltid ska innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,

¹¹⁹ Prop. 1984/85:189, s. 36.

5. uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning,
6. uppgift om information och samtycke som har lämnats enligt lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.

Patientjournalen ska också innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när den gjordes (3 § fjärde stycket).

Uppräkningen i bestämmelsen är enligt förarbetena inte uttömmande, utan det betonas att kravet på en god och säker vård av patienten kan innebära att ytterligare uppgifter måste dokumenteras¹²⁰. I sammanhanget kan noteras att bestämmelserna i punkterna 5 och 6 har tillkommit vid en senare tidpunkt.

Socialstyrelsen har givit ut föreskrifter och allmänna råd gällande patientjournallagen¹²¹. Denna innehåller ett särskilt avsnitt (punkt 17) benämnt ”Särskilda föreskrifter vid dokumentering av omvårdnad”. I det avsnittet anges inledningsvis följande.

Omvårdnad är en uppgift för all personal runt patienten. I allmänhet åligger det en sjuksköterska att svara för samordningen av omvårdnadsinsatserna. Det är därmed i första hand hon som har ansvaret för omvårdnadsdokumentationen för de personalgrupper som inte själva är skyldiga att föra en journal. Socialstyrelsen har i SOSFS 1993:17 meddelat allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården.

Vidare föreskrivs bl.a. följande:

1. En patientjournal skall innehålla en tydlig omvårdnadsdokumentation.
2. Omvårdnadsdokumentationen skall, utifrån patientens individuella behov, beskriva vårdens planering, genomförande och resultat. Dokumentationen skall utformas så att den bidrar till att trygga patientens säkerhet och ge ett underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av omvårdnadsinsatserna. Omvårdnadsåtgärderna skall sammanfattas i en omvårdnads-epikris i samband med utskrivningen av patienten.
3. Patientjournalen skall utformas så att all information, inklusive den som avser omvårdnaden, är tillgänglig för berörda personalkategorier på ett överskådligt sätt utan att en uppgift behöver dokumenteras flera gånger.

¹²⁰ Prop. 1984/85:189, s. 39.

¹²¹ SOSFS 1993:20.

Skyldig att föra patientjournal är den som enligt 3 kap. LYHS har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke – t.ex. läkare, sjuksköterska, psykolog och tandläkare – (9 § första stycket 1). I bestämmelsen anges även vissa ytterligare yrkesutövare som i vissa fall kan var skyldiga att föra patientjournal.

3.14 Lag om psykiatrisk tvångsvård

3.14.1 Inledning

Bestämmelserna i HSL gäller för all psykiatrisk vård, dvs. både frivillig och tvångsmässig vård. Bestämmelserna i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, ska i förhållande till HSL:s bestämmelser ses som undantagsregler som anger i vilka avseenden och under vilka förutsättningar HSL:s vårdprinciper får inskränkas¹²². Ändamålet med tvångsvård enligt lagen är att det ska bli möjligt att ge fortsatt behövlig vård i frivilliga former (2 §). I förarbetena framhålls att psykiatriska vårdåtgärder med tvång principiellt sett måste vara undantagsföreteelser av temporär art och att tvångsvård inte får tendera att bli en ren förvaring av patienten¹²³.

I 2 a § föreskrivs att tvångsåtgärder endast får användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden, att mindre ingripande åtgärder ska användas om sådana är tillräckliga samt att tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

Enligt 2 b § får tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården endast användas om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. Vidare sägs att tvångsåtgärder inte får användas i större utsträckning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.

I 3 § första stycket anges vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att tvångsvård ska få ges. För det första ska patienten enligt punkten 1 lida av en allvarlig psykisk störning. Vidare krävs enligt punkten 2 att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. För det tredje krävs det

¹²² Prop. 1990/91:58, s. 236.

¹²³ A. prop., s 237.

antingen att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i punkten 2 eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke. Vid bedömningen av vårdbehovet i punkten 2 ska även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

För att tvångsvård ska få ges krävs att samtliga förutsättningar är uppfyllda samtidigt¹²⁴.

Vård enligt LPT ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en landstingskommun eller av en kommun som inte ingår i ett landsting (15 §, se även 1 § 3 stycket). Vid synnerliga skäl får regeringen bestämma att vård får ges på annan vårdinrättning. På en sådan inrättning ska tillämpas vad i denna lag sägs om sjukvårdsinrättning som drivs av en landstingskommun. Vid dispens enligt 15 § ska regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, uppdra åt erfaren läkare med specialistkompetens inom någon gren av psykiatri att i tillämpliga delar fullgöra de uppgifter som enligt LPT ankommer på chefsöverläkare (40 § andra stycket). Enligt 13 § förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska en läkare som har fått ett sådant uppdrag också fullgöra sådana uppgifter som enligt denna förordning och andra förordningar ankommer på chefsöverläkare och som följer av uppdraget.

I 16–25 §§ finns bestämmelser som avser innehållet i vården.

3.14.2 Allvarlig psykisk störning

Begreppet allvarlig psykisk störning ska ses mot bakgrund av den uppfattningen att det är såväl biologiska som sociala och psykologiska faktorer som brukar samverka till uppkomsten av psykiska störningar och behovet av vård. En bedömning av om en psykisk störning är allvarlig ska ske utifrån både störningens art och grad. Med art avses typen av störning och med grad omfattningen av det ingrepp i personligheten som störningen förorsakar. I samband med prövningen av om allvarlig störning föreligger måste hänsyn tas till växlingar i tillståndet och risken för återfall, om vården och behandlingen avbryts för tidigt. Den psykiska störningen är att

¹²⁴ Prop. 1990/91:58, s. 238.

anse som allvarlig så länge påtaglig risk föreligger för att de psykiska symtomen återkommer, om behandlingsinsatserna avbryts¹²⁵.

I förarbetena¹²⁶ lämnas en redogörelse för olika psykiska tillstånd som anses kunna hänföras till begreppet allvarlig psykisk störning. I uppräknigen, som inte är inte uttömmande, tas bl.a. upp

- tillstånd av psykotisk karaktär med störd realitetsvärdering och med symtom av typen vanföreställningar, hallucinationer och förvirring,
- psykisk funktionsnedsättning av allvarlig art (demens) med störd realitetsvärdering och bristande förmåga till orientering i tillvaron uppkommen till följd av en hjärnskada,
- allvarliga depressioner med självmordstankar och svårartade personlighetsstörningar (karaktärsstörningar),
- alkoholpsykosor såsom delirium tremens, alkoholhallucinos och klara demenstillstånd och psykosor till följd av narkotikamissbruk.

Vidare framhålls att en psykisk funktionsnedsättning som beror på åldrande och tar sig uttryck i s.k. åldersdement beteende kan vara så kraftig att den kan hänföras till begreppet allvarlig psykisk störning.

Människor med åldersdement beteende bör emellertid enligt vad departementschefen uttalade i största möjliga utsträckning vårdas i andra former än genom omhändertagande på psykiatriskt sjukhus¹²⁷.

Tvångspsykiatrikommittén¹²⁸ bad inom ramen för sitt arbete professorn, tillika Socialstyrelsens vetenskapliga råd, Bengt Jansson att ge sin syn på begreppet allvarlig psykisk störning. Han anförde därvid bl.a. följande¹²⁹.

5/ Beträffande *demenstillstånd* ter det sig rimligt att grava tillstånd där det är uppenbart att höggradiga kognitiva defekter och allmän avtrubbning medfört social desorientering bör betraktas som allvarlig psykisk störning. Detta bör gälla oavsett etiologi – Alzheimer typ, vaskulär demens, demens orsakad av somatisk sjukdom/skada, substansbetingad varaktig demens, demens med multipel etiologi eller demens UNS, för att följa DSM-IV. Besvärligare blir det när man ska ta ställning till olika

¹²⁵ Prop. 1990/91:58, s. 86 f och 238, se även prop. 1999/2000:44, s. 60–61

¹²⁶ Prop. 1990/91:58, s. 86 f och 238.

¹²⁷ Prop. 1990/91:58, s. 79, se även Tor Sverne, Nedsatt beslutsförmåga, Vem bestämmer för patienten, s. 97.

¹²⁸ Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård, SOU 1998:32.

¹²⁹ A.a. s. 235 ff.

6/ *Konfusionstillstånd* Ett delirium tremens torde förvisso uppfylla kriterierna för allvarlig psykisk störning medan det pågår. Detta bör också gälla konfusionstillstånd under pågående drogpåverkan (kortvarig toxisk psykos). Jag kan inte se att etiologin bör spela någon roll i sammanhanget, åtminstone inte inom allmänpsykiatrin.

Enligt Socialstyrelsen (3 kap. SOSFS 2000:12) bör som allvarlig psykisk störning enligt 3 § LPT räknas bl.a.

- psykos, dvs. tillstånd med störd verklighetsuppfattning och med något av symtomen förvirring, tankestörning, hallucination och vanföreställning,
- depression med självmordsrisk,
- svår personlighetsstörning med impulsgenombrott av psykotisk karaktär eller annan psykotisk episod, och
- svår psykisk störning med starkt tvångsmässigt beteende.

3.14.3 Samtycke till vård

För att LPT ska bli tillämplig ska patienten enligt huvudregeln i tredje paragrafens tredje punkt motsätta sig nödvändig vård. Patienten kan därvid ge uttryck för sin inställning på olika sätt, t.ex. verbalt eller genom att handla eller agera på ett visst sätt. Även i det fall patienten i och för sig accepterar intagning på sjukvårdsinrättningen men motsätter sig den psykiatriska vård som ges där kan det bli aktuellt med tvångsvård, om även förutsättningarna i övrigt är uppfyllda. Man ska dock så långt det är möjligt acceptera patientens inställning i vårdfrågan. Det är patientens egen inställning till den vård som är nödvändig som ska tillmätas självständig betydelse vid bedömningen av om förutsättningen i punkten 3 är uppfylld. Detta gäller i princip även om patienten har förvaltare eller god man förordnad för sig.

En allvarlig psykisk störning kan även tänkas leda till att patienten inte kan uttrycka någon egentlig egen vilja i fråga om vården och således inte heller motsätter sig den. För denna situation föreskrivs i tredje punkten att det ska finnas en möjlighet att besluta om tvångsvård om det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke.

Bestämmelsen tar sikte på dels patienter som till följd av sin psykiska störning över huvud taget inte kan uttala någon uppfattning i

frågan, dels patienter som vid upprepade tillfällen varit intagna för tvångsvård på grund av att de inte frivilligt har kunnat sköta sin behandling på ett tillfredsställande sätt. Även i de fall där det finns grundad anledning att anta att en patient kort tid efter påbörjande av vården kommer att avbryta den om den ges på frivillig väg kan tvångsvård också komma i fråga¹³⁰.

3.15 Gemensam nämnd

Kommuner och landsting kan med stöd av 3 kap. 3 a § kommunallagen (1991:900), KL, bilda gemensamma nämnder. Den gemensamma nämnden får fullgöra uppgifter för vilka det enligt särskilda bestämmelser ska finnas en eller flera nämnder i varje kommun eller landsting. Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Enligt 3 kap. 3 a § tredje stycket KL tillsätts en gemensam nämnd i någon av de samverkande kommunerna eller landstingen och ingår i denna kommuns eller detta landstings organisation.

Enligt 1 § lagen om gemensam nämnd inom vård och omsorgsområdet får ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget genom samverkan i en nämnd fullgöra

1. landstingets uppgifter enligt bl.a. HSL, tandvårdslagen (1985:125), LPT, LSS och lagen om patientnämndsverksamhet m.m.
2. kommunens uppgifter enligt bl.a. SoL, HSL, LSS och lagen om patientnämndsverksamhet.

I 2 § i lagen klargörs att samverkan med stöd av lagen förutsätter att uppgifter från såväl landstinget som kommunen eller kommunerna ingår i den gemensamma nämndens ansvarsområde. För samverkan i en gemensam nämnd krävs enligt paragrafen att var och en av de samverkande huvudmännen lämnar över ansvaret för verksamhet från sitt ansvarsområde till den gemensamma nämnden¹³¹.

Av lagens tredje paragraf framgår att de bestämmelser i kommunallagen som är tillämpliga på en gemensam nämnd även gäller för en gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Som

¹³⁰ Prop. 1990/91:58, s. 241-242 och prop. 1999/2000:44, s. 64 f.

¹³¹ Prop. 1999/2000:44, s. 114.

exempel på sådana bestämmelser anges i förarbetena¹³² 3 kap. 3 b § och 6 kap. 9 § tredje stycket.

3.16 Ställföreträdare enligt föräldrabalken

Bestämmelser om ställföreträdare – god man och förvaltare – för vuxna finns i 11 kap. föräldrabalken.

Beslut om godmanskap och förvaltarskap fattas av allmän domstol. Om någon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person, ska domstolen, om det behövs, besluta att anordna godmanskap för honom eller henne (11 kap. 4 §). Ett sådant beslut får enligt andra stycket inte meddelas utan samtycke av den för vilken godmanskap ska anordnas, om inte den enskildes tillstånd hindrar att hans eller hennes mening inhämtas. Ett godmanskap kan vara begränsat till att avse viss egendom eller angelägenhet, även om detta inte framgår direkt av lagtexten. Ett beslut om godmanskap bör vara preciserat så långt det är möjligt¹³³.

Att en person har en god man behöver inte innebära att vederbörande saknar förmåga att lämna ett giltigt samtycke till en viss rättshandling. Om en god man har företagit en rättshandling inom ramen för sitt förordnande, men utan den enskildes samtycke, är rättshandlingen inte bindande för den enskilde annat än i de fall då den enskildes mening inte har kunnat inhämtas (11 kap. 5 §). Hinder mot att inhämta den enskildes mening föreligger inte bara när han helt saknar förmåga att ge uttryck för sin vilja utan även när hans tillstånd är sådant som avses i lagen (1924:323) om verkan av avtal, som slutits under påverkan av en psykisk störning.

Om någon som befinner sig i en sådan situation som avses i 11 kap. 4 § föräldrabalken är ur stånd att vårda sig eller sin egendom, får domstolen besluta att anordna förvaltarskap för honom eller henne (11 kap. 7 §). Förvaltarskap får dock inte anordnas, om det är tillräckligt med en god man eller att den enskilde på något annat, mindre ingripande sätt får hjälp. Förvaltaruppdraget ska anpassas till den enskildes behov i varje särskilt fall och får begränsas till att avse viss egendom eller angelägenhet eller egendom överstigande ett visst värde.

¹³² Prop. 2002/03:20, s. 41.

¹³³ Prop. 1987/88:124, s. 140 och 164.

Förvaltaren har inom ramen för förvaltaruppdraget ensam rådgivning över den enskildes egendom och företräder denne i alla angelägenheter som omfattas av uppdraget (11 kap. 9 §).

Någon särskild ledning för vad som i 11 kap. 4 § avses med att sörja för någons person ges inte i motiven till lagstiftningen. Regeringen har – med hänvisning till vad Elisabeth Rynning framfört¹³⁴ angående gode mäns och förvaltares befogenheter när det gäller huvudmannens angelägenheter av rent personlig art – i förarbetena till lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor uttalat följande¹³⁵.

Det kan dock konstateras att en god mans befogenheter när det gäller huvudmannens angelägenheter av rent personlig art inte kan anses vara lika långtgående som en vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma för sitt barn enligt bestämmelserna i 6 kap. föräldrabalken. En vårdnadshavare kan med rättslig verkan samtycka till ett medicinskt ingrepp på sitt barn, även när barnet motsätter sig åtgärden, under förutsättning att barnet själv inte är moget att fatta beslut i frågan och åtgärderna vidtas i barnets intresse. En god man saknar i princip behörighet att handla i strid med sin huvudmans uttryckliga önskemål. En förvaltare har mer långtgående befogenheter än en god man, men kan knappast jämföras med en vårdnadshavare när det gäller angelägenheter av rent personlig art, såsom t.ex. medicinsk vård och behandling. Detta särskilt mot bakgrund av kravet i 2 kap. 6 § regeringsformen på lagstöd för inskränkningar i skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp.

Även om samtycke från en god man eller en förvaltare inom hälso- och sjukvården inte kan accepteras som rättslig grund för medicinska ingrepp på en patient som motsätter sig de åtgärderna, är dessa ställföreträdarens inställning till vården inte betydelselös. T.ex. kan den gode mannens eller förvaltarens inställning tillmätas betydelse när patientens inställning är okänd och han eller hon på grund av sitt tillstånd inte kan ge uttryck för sin mening. I sådana situationer är det dock en förutsättning att det inte föreligger något skäl att anta att en viss åtgärd skulle strida mot patientens vilja. Inte heller anhöriga tillerkänns enligt svensk rätt någon ställföreträdande beslutanderätt i frågor som rör en patients vård. Däremot kan närstående genom sin kännedom om patienten bidra till att hälso- och sjukvårdspersonalen kan bilda sig en bättre uppfattning om vad patienten själv skulle vilja. Beträffande medicinsk forskning anges i Helsingforsdeklarationen att om patienten själv inte är kompetent att avge ett giltigt samtycke till deltagande i viss forskning, måste tillstånd inhämtas från den ansvariga anhörig som enligt den nationella lagstiftningen är behörig att företräda forskningspersonen. Någon sådan behörighet anses alltså inte

¹³⁴ Elisabeth Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie, 1994, s. 299 ff.

¹³⁵ Prop. 2002/03:50, s. 140 f.

tillkomma anhöriga, med undantag för vårdnadshavare, enligt svensk rätt. Anhöriga tillerkänns dock viss bestämmanderätt i fråga om åtgärder på avlidna enligt lagen (1995:831) om transplantation m.m. under förutsättning att den avlidnes egen vilja är okänd. (Jfr Elisabeth Rynning; Samtycke till medicinsk vård och behandling, 1994.)

Regeringen konstaterade mot den bakgrunden att en god man eller förvaltare enligt 11 kap. föräldrabalken i dag knappast torde ha möjlighet att lämna ett rättsligt bindande samtycke till deltagande i forskning för forskningspersonens räkning¹³⁶.

Elisabeth Rynning¹³⁷ har i saken tillagt att i de fall där patienten själv är beredd att underkasta sig vården i fråga – men på grund av bristande beslutskompetens inte ansetts kunna lämna ett giltigt samtycke – ett kompletterande samtycke från god man eller förvaltare bör medföra att giltigt samtycke sammantaget ska anses föreligga.

3.17 Nödrätten

I 24 kap. brottsbalken finns bestämmelser om bl.a. ansvarsfrihet för handlingar som företagits i nödvärn eller nöd. Bestämmelserna medför att handlingar som normalt skulle betraktas som rättsstridiga, under vissa omständigheter inte anses vara det.

I 1 § regleras frågan om nödvärn. I bestämmelsen anges att en gärning som någon begår i nödvärn endast utgör brott om den med hänsyn till angreppets beskaffenhet, det angripnas betydelse och omständigheterna i övrigt är uppenbart oförsvarlig.

I andra stycket räknas fyra olika typer av nödvärnssituationer upp. Uppräkningen är uttömmande¹³⁸. Rätt till nödvärn föreligger enligt punkten 1 mot ett påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom.

Ett angrepp är brottsligt endast om alla rekvisit för brottet, däribland uppsåts- eller oaktsamhetsrekvisitet, är uppfyllda. Om angriparen handlar utan erforderligt uppsåt eller erforderlig oaktsamhet – vilket t.ex. kan tänkas beträffande en psykiskt avvikande person eller en minderårig – föreligger inte ett brottsligt angrepp, varför den angripne i en sådan situation inte kan åberopa nödvärns-

¹³⁶ A. prop. s. 141, jfr dock prop. 2003/04:32 s. 43.

¹³⁷ Rynning s. 302.

¹³⁸ Nils Jareborg, Allmän kriminalrätt, 2001, s. 256, cit. Jareborg.

rätten. Däremot kan straffrihet för den angripne i stället komma i fråga enligt bestämmelsen om nöd i 4 §¹³⁹.

Nödvärnsgärningen måste vara en försvarsåtgärd, som riktar sig mot angriparen själv eller mot något hans intresse. Om den angripne är tvungen att göra intrång i tredje mans rättsfär, får denna gärning bedömas enligt nödreglerna¹⁴⁰. När angreppet har upphört, föreligger inte längre någon nödvärnsrätt. Att gå till motangrepp utgör ett överskridande av nödvärnsrätten¹⁴¹.

Som en förutsättning för att ansvarfrihet ska föreligga i de föreskrivna nödvärnssituationerna gäller att den gärning som begås inte med hänsyn till angreppets beskaffenhet, det angripnas betydelse och omständigheterna i övrigt är uppenbart oförsvarlig. Detta innebär att det inte utan vidare är tillåtet att tillgripa den åtgärd som är nödvändig för att avvärja ett angrepp. Det krävs emellertid inte att den angripne väljer den objektiva bästa metoden för att avvärja angreppet. Den vägledande principen är att försvars-gärningen inte får klart avvika från vad som har varit behövligt, och att det inte får råda ett uppenbart missförhållande mellan nödvärnsgärningen och den skada som hotar genom angreppet¹⁴². I förarbetena anges att det för den som handlar i nödvärn finns en relativt bred marginal vid bedömandet av om han hållit sig inom gränserna för nödvärnsrätten¹⁴³.

Under begreppet ”angreppets beskaffenhet” kan man beakta sådant som angriparens egenskaper (kroppskrafter, psykiskt tillstånd, berusning, ålder och annat som påverkar hans farlighet) och huruvida angreppet kommer plötsligt eller oväntat, samt under de yttre omständigheter, som angreppet sker. Även den angripnes egenskaper och möjligheter att klara upp situationen anses kunna ge angreppet en viss ”beskaffenhet”. Större krav på återhållsamhet måste kunna ställas på en person som på grund av sin utbildning har särskilda förutsättningar att hantera en våldssituation¹⁴⁴.

Uttrycket omständigheterna i övrigt utgör en markering för att försvarlighetsbedömningen ska göras genom sammanvägning av samtliga relevanta omständigheter¹⁴⁵.

¹³⁹ Jareborg, s. 257, Kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁴⁰ Jareborg, s. 259, Kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁴¹ Kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁴² Jareborg, s. 260, Kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁴³ Prop. 1993/94:130, s. 69.

¹⁴⁴ Jareborg, s. 260 f.

¹⁴⁵ Prop. 1993/94:130, s. 69.

Enligt 24 kap. 4 § utgör en gärning som någon begår i nöd brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig. Bestämmelsen är subsidiär till 1–4 §§, dvs. den ska tillämpas först om ansvarsfrihet inte ska inträda enligt dessa paragrafer (t.ex. nödvärnsrätten). Nöd kan enligt andra stycket föreligga när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse. En skillnad i förhållande till nödvärnsbestämmelsen är att det – för att nödrätt ska föreligga – inte krävs att faran uppkommit genom en brottslig handling. En annan skillnad är att nödvärnsparagrafen förutsätter att nödvärnshandlingen riktas mot angriparen eller angriparens intressen.

En nödhandling kan medföra såväl ingrepp i annans egendom som åstadkommande av kroppsskada, frihetsberövande, ärekränkning eller kränkning av offentliga intressen¹⁴⁶. För att en nödhandling ska falla in under bestämmelsen får den emellertid inte vara oförsvarlig. Det ankommer således på den nödställda att i större utsträckning än vid nödvärn sätta den nödställdes egna intressen åt sidan. För att en nödhandling ska vara försvarlig krävs i princip att den gärning som företas i nöd ska vara påkallad av ett intresse av betydligt större vikt än det som offras¹⁴⁷. Normalt krävs även att gärningen har varit behövlig. I vart fall ska ett upphävande av situationen inte skäligen kunna vinnas på annat sätt (t.ex. inte utan oproportionerlig ansträngning eller uppoffring.)¹⁴⁸.

Det måste enligt Jareborg¹⁴⁹ i en del fall anses vara försvarligt att med stöd av nödregeln ingripa för att rädda liv även om den berörde motsätter sig räddningsaktionen. Nödregeln kan därför, åtminstone ibland, enligt Jareborg¹⁵⁰ rättfärdiga att man hindrar någon från att föröva självmord, genomföra tvångsmatning eller tvångsmedicinering eller utföra ett operativt ingrepp mot patientens vilja.

Nödbestämmelsen ska enligt förarbetena endast tillämpas i undantagsfall¹⁵¹. Man torde rimligen inte kunna vidta vård- eller behandlingsåtgärder under en längre tid under åberopande av någon slags perdurerande nöd. Denna begränsning är särskilt bety-

¹⁴⁶ Kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁴⁷ Prop. 1993/94:130, s. 35 f och s. 70.

¹⁴⁸ Jareborg, s. 266 f och Kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁴⁹ Jareborg, s. 267.

¹⁵⁰ Jareborg, s. 267.

¹⁵¹ Se prop. 1993/94:130, s. 35 och där angivna hänvisning.

delsefull just när det gäller vården av varaktigt beslutsinkompetenta patienter, såsom psykiskt störda eller handikappade personer¹⁵².

Av 24 kap. 5 § framgår det att om någon på grund av bl.a. nödvärn eller nöd har rätt att begå en i och för sig straffbelagd gärning, har var och en som hjälper honom samma rätt.

Om någon i ett fall där bestämmelserna om bl.a. nödvärn och nöd i och för sig är tillämpliga har gjort mer än vad om kan anses medgivet enligt dessa bestämmelser kan han eller hon enligt kapitlets 6 § ändå gå fri från ansvar. För att så ska vara fallet krävs det att omständigheterna var sådana att personen svårligen kunde besinna sig. Vid denna bedömning har man att beakta farans art, den tid som stått till förfogande för en adekvat reaktion samt gärningsmannens individuella egenskaper¹⁵³.

I 24 kap. 7 § brottsbalken finns en lagregel om ansvarsfrihet vid samtycke. Enligt bestämmelsen är en gärning som någon begår med samtycke från den mot vilken den riktas brott endast om gärningen – med hänsyn till den skada, kränkning eller fara som den medför, dess syfte och övriga omständigheter – är oförsvarlig.

För att ett samtycke ska ha ansvarsfriande verkan i det enskilda fallet måste vissa förutsättningar vara uppfyllda. För det första krävs det att samtycket har lämnats av någon som är behörig att förfoga över det aktuella intresset. Vidare krävs att den berörde är kapabel att förstå innebörden av samtycket, att det är frivilligt och att det är allvarligt menat samt att det har givits med full insikt om relevanta förhållanden. Det fordras också att samtycket föreligger då den aktuella handlingen företas. Vid gärningar som är utsträckta i tiden måste samtycket föreligga under hela den tid som gärningen företas. Samtycket behöver emellertid inte vara uttalat utan det är tillräckligt med ett s.k. tyst inre samtycke¹⁵⁴.

I den angivna propositionen förs också ett resonemang om s.k. hypotetiskt samtycke. På sidan 42 anförs därvid bl.a. följande.

Som framgått är rättsläget när det gäller hypotetiskt samtycke oklart även om man inom doktrinen kan finna stöd för ett avvisande av sådant samtycke som ansvarsfrihetsgrund. Kommitténs slutsats är att hypotetiskt samtycke inte bör accepteras som ansvarsfrihetsgrund i svensk rätt. I detta avseende får kommittén stöd av de flesta remissinstanserna. (- - -).

Också regeringen anser att det i och för sig finns skäl att inta en reserverad hållning till hypotetiskt samtycke. En regel som direkt slår

¹⁵² Rynning, s. 379, se även SOSFS 1992:17.

¹⁵³ Se bl.a. kommentaren till Brottsbalken, avsnitt 24.

¹⁵⁴ Prop. 1993/94:130, s. 39.

fast hypotetiskt samtycke som en ansvarsfrihetsgrund skulle kunna uppfattas som en minskning av det skydd som strafflagstiftningen ger den enskilde mot angrepp av andra. Dessutom skulle en regel av detta slag innebära tillämpningsproblem.

Den av regeringen föreslagna regeln om ansvarsfrihet vid samtycke omfattar därför enligt sin ordalydelse inte hypotetiskt samtycke. Detta innebär emellertid inte att ansvarsfrihet i dessa fall och liknande ska vara helt utesluten. I praktiken torde den oskrivna ansvarsfrihetsgrund som ibland tillämpas i mera bagatellartade mål, och som har formen av en hänvisning till ”livets regel” eller ”social adekvans” eller liknande i litteraturen använda uttryck, ofta kunna åberopas i sådana situationer.

Gränsen för ansvarsfriande verkan av samtycke till kroppsskada går enligt vad som sägs i förarbetena¹⁵⁵ normalt mellan vad anses som ringa misshandel och misshandel av normalgraden. Det kan dock enligt vad regeringen anför¹⁵⁶ finnas fall där gärningen i och för sig är att bedöma som normalgraden av brottet, men där omständigheterna ändå är sådana att ett samtycke bör medföra ansvarsfrihet. Regeln är däremot inte avsedd att ge utrymme för att samtycke till grov misshandel eller uppsåtligt dödande i något fall ska leda till ansvarsfrihet.

I förarbetena¹⁵⁷ anges vidare att den nu aktuella bestämmelsen i och för sig omfattar åtgärder på det medicinska fältet, men att lagrummet – inte minst på grund av att försvarlighetsbedömningen i dessa fall måste göras utifrån andra utgångspunkter – i praktiken torde få begränsad betydelse.

3.18 Sekretess och tystnadsplikt

3.18.1 Inledning

Bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt finns, såvitt är av intresse när det gäller det område som mitt uppdrag omfattar, i sekretesslagen (1980:100), socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

¹⁵⁵ A. prop. s. 42 f.

¹⁵⁶ A. prop. s. 42.

¹⁵⁷ A. prop. s. 43 f.

3.18.2 Sekretesslagen (1980:100)

Sekretesslagen innehåller enligt 1 kap. 1 § första stycket bestämmelser om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet och om förbud att lämna ut allmänna handlingar. Bestämmelserna avser enligt andra stycket förbud att röja uppgift, vare sig det sker muntligen eller genom att allmän handling lämnas ut.

Av 1 kap. 2 § och 3 § första stycket sekretesslagen framgår att sekretess för en uppgift hos en myndighet gäller såväl mot enskilda som andra myndigheter. Enligt 1 kap. 3 § andra stycket gäller sekretess inte bara mellan olika myndigheter utan också mellan olika verksamhetsgrenar inom samma myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra. Enligt 14 kap. 1 § sekretesslagen hindrar inte sekretess att uppgifter lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning. I en kommunal nämndorganisation utgör varje nämnd och dess underlydande förvaltning en egen myndighet i sekretesslagens mening.

I 14 kap. 2 § sekretesslagen, som är subsidiär i förhållande till 1 §, regleras uppgiftslämnande i olika situationer. Bestämmelsen möjliggör i många fall uppgiftslämnande mellan myndigheter, bl.a. när det gäller att bistå personer med missbruksproblem, barn som far illa och väntade barn som behöver skydd under moderns graviditet. Av 1 kap. 3 § andra stycket sekretesslagen framgår att paragrafen är tillämplig såväl mellan olika myndigheter som mellan olika verksamhetsgrenar inom en enda myndighet.

Enligt den s.k. kallade generalklausulen i 14 kap. 3 § sekretesslagen hindrar sekretesslagen inte myndigheterna från att utväxla uppgifter i situationer där intresset av att uppgifterna lämnas ut måste ges företräde framför det intresse som sekretessen ska skydda. För vissa områden är dock denna paragraf inte tillämplig. Undantag har bl.a. gjorts för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Enligt 1 kap. 5 § sekretesslagen hindrar inte sekretess att en uppgift lämnas om detta är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet. Bestämmelsen ska enligt förarbetena tillämpas restriktivt. Sekretessen får efterges bara om det är en nödvändig förutsättning för att en myndighet ska kunna fullgöra ett åliggande. Sekretessen får inte eftersättas enbart av det skälet att den gör myndighetens arbete mindre effektivt¹⁵⁸.

¹⁵⁸ Prop. 1979/80:2 Del A s. 465 och 494.

Sekretess gäller, med vissa undantag som i förevarande utredning inte är av intresse, enligt 7 kap. 1 c § inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men. Av bestämmelsen framgår att skadeprövningen ska göras med ett s.k. omvänt skaderekvisit, vilket innebär att presumptionen är för sekretess.

Sekretess gäller enligt 7 kap. 4 § sekretesslagen inom socialtjänsten för uppgift om enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom eller henne närstående lider men. I likhet med vad som gäller för hälso- och sjukvården ska skadeprövningen inom socialtjänsten göras med ett omvänt skaderekvisit. Med socialtjänst enligt bestämmelsen avses bl.a. verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och den särskilda lagstiftningen om vård av unga och av missbrukare utan samtycke. Med socialtjänst jämföras även bl.a. verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

3.18.3 Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Som framgår av föregående avsnitt gäller sekretesslagen inte utanför den offentliga verksamheten. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område omfattar emellertid också personer i enskild tjänst. I denna lag finns särskilda bestämmelser om tystnadsplikt för den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården i 2 kap. 8–10 §§. Enligt 8 § får sådan personal inte obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

På motsvarande sätt föreskrivs i 15 kap. 1 § socialtjänstlagen tystnadsplikt för den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser insatser enligt socialtjänstlagen. En bestämmelse med motsvarande innehåll finns när det gäller insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade i den lagens 29 §.

Vid tolkningen av obehörighetsrequisitet har det ansetts naturligt att söka ledning i skaderekvisitet som finns i sekretesslagens bestämmelser. Det har därmed sagts föreligga en nära överensstämmelse mellan tystnadsplikten för offentliga funktionärer och tystnadsplikten för vård- och socialtjänstpersonal i enskild tjänst¹⁵⁹.

3.19 Konventioner och rekommendationer

3.19.1 Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen)

Bestämmelserna i Europakonventionen är allmänt formulerade. Det är mot den bakgrunden därför viktigt att se konventionen som en helhet och att tolkningen av en bestämmelse i konventionen görs på ett sådant sätt att det inte uppstår en konflikt med någon annan bestämmelse i konventionen. Bestämmelserna bör därför tolkas så att, konventionen som en helhet får en rimlig innebörd¹⁶⁰.

Konventionen bör, enligt vad Europadomstolen ofta uttalat tolkas dynamiskt, dvs. i ljuset av samhällsutvecklingen och förändringar i rättsuppfattningen i konventionsstaterna. Detta innebär att den tolkning av en bestämmelse i konventionen som var den rätta när konventionen kom till kan förändras med tiden. Att genom studium av förarbetena till konventionen försöka fastställa hur konventionen ska tolkas är därför av mindre värde¹⁶¹.

I artikel 3 fastslås att ingen får utsättas för tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.

Artikeln förbjuder inte att tvång används med lagligt stöd, t.ex. för att genomföra nödvändig psykiatrisk behandling. Regler för användning av tvångsåtgärder på sjukvårdsinrättning måste dock hållas inom den ram som anges i artikeln. Tvångsåtgärderna får således inte vara av den art eller användas på sådant sätt eller under sådana omständigheter att de utgör en omänsklig eller förnedrande behandling av patienten¹⁶².

Begreppet tortyr definieras inte i artikeln. En internationellt godtagen definition av detta begrepp finns dock i artikel 1 i FN-

¹⁵⁹ Prop. 1980/81:28 s. 23 och prop. 1981/82:186 s. 26, se även SOU 2003:99 s. 295 och 299.

¹⁶⁰ Hans Danelius, *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis*, andra upplagan, 2002, s. 55, cit. Danelius.

¹⁶¹ Danelius, s. 55.

¹⁶² Prop. 1999/20:44, s. 39.

konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Begreppet definieras där på följande sätt¹⁶³

- - - varje handling genom vilken allvarlig smärta eller svårt lidande, fysiskt eller psykiskt, medvetet tillfogas någon antingen för sådana syften som att erhålla information eller en bekännelse av honom eller tredje man, att straffa honom för en gärning som han eller en tredje person har begått eller misstänks ha begått eller att hota eller tvinga honom eller en tredje person eller också av något skäl som har sin grund i någon form av diskriminering, under förutsättning att smärtan eller lidandet åsamkas av eller på anstiftan eller med samtycke eller medgivande av en offentlig tjänsteman eller någon annan person som handlar som företrädare för det allmänna.

Någon definition av begreppen omänsklig behandling och förnedrande behandling har inte gjorts i internationella överenskommelser. Europadomstolen har emellertid framhållit att endast en behandling eller en bestraffning som kännetecknas av betydande hårdhet eller hänsynslöshet kan falla in under artikel 3. Begreppen omänsklig och förnedrande ska med hänsyn härtill tolkas restriktivt¹⁶⁴.

Europadomstolen har i ett mål *Herczegfalvy mot Österrike*¹⁶⁵, som gällde en psykisk störd fånge, inte funnit att behandlingen av *Herczegfalvy* stred mot artikeln då domstolen inte kunde vederlägga den österrikiska regeringens invändning om att behandlingen hade varit motiverad av medicinska skäl. *Herczegfalvy* hade blivit både tvångsmatad och isolerad samt under relativt lång tid varit fäst med handbojor vid sin säng.

Vad gäller den närmare tolkningen av artikelns innebörd hänvisar utredningen till den redogörelse av Europadomstolens domar som finns i *Danelius* kommentar till Europakonventionen¹⁶⁶.

I artikel 5:1 föreskrivs att var och en har rätt till frihet och personlig säkerhet. Begreppet personlig säkerhet anses inte ha någon självständig betydelse utan artikeln handlar om frihetsberövanden¹⁶⁷.

¹⁶³ *Danelius*, s. 72 f.

¹⁶⁴ *Danelius*, s. 72.

¹⁶⁵ Dom den 24 september 1992.

¹⁶⁶ S. 73 ff.

¹⁶⁷ *Danelius*, s. 93.

I artikeln anges vidare att ingen får berövas sin frihet utom under vissa i punkterna a–e särskilt angivna fall och i den ordning som lagen föreskriver. Uppräkningen i artikeln är uttömmande¹⁶⁸.

Av punkten e) framgår bl.a. att den som är psykiskt sjuk kan berövas friheten med stöd av lag och i den ordning som lagen föreskriver.

Begreppet psykisk sjukdom (unsound mind) är enligt Europadomstolen ett oprecist begrepp, vars innebörd kan växla med tiden. Av domstolens praxis framgår att en person dock under inga förhållanden får behandlas som psykiskt sjuk därför att hans åsikter eller uppförande avviker från vad som anses vara normalt. För att en person ska få berövas friheten på grund av psykisk sjukdom måste – förutom i brådskande fall – krävas att personen i fråga på ett tillförlitligt sätt och med stöd av objektiv medicinsk sakkunskap visats lida av psykisk sjukdom. Den själsliga störningen måste också vara av sådan art och grad att den motiverar ett frihetsberövande. Frihetsberövandet får fortsätta endast så länge en sådan själslig störning kvarstår. Det kan emellertid vara legitimt och förenligt med artikel 5:1 att vänta med utskrivningen till dess vissa åtgärder vidtagits för att underlätta den utskrivnes återanpassning i samhället¹⁶⁹. I målet Aerts mot Belgien har ytterligare ett villkor för frihetsberövande på grund av psykisk sjukdom uppställts av Europadomstolen. I målet har fastslagits att verkställighet måste ske på sjukhus eller i annan lämplig anstalt¹⁷⁰.

I de fall någon är intagen på en anstalt av något slag är det vad gäller frågan om det utgör ett frihetsberövande eller inte av avgörande betydelse om intagningen har skett med den enskildes samtycke eller under tvång. Situationen kan också kompliceras av att samtycke visserligen har lämnats men inte av den intagne själv utan av någon som företräder honom.

Europadomstolen har i ett mål¹⁷¹ prövat om en tolvårig pojke som var intagen på en psykiatrisk avdelning på ett sjukhus var frihetsberövad. Då pojken hade rymt hade han förts tillbaka till sjukhuset med hjälp av polisen. Pojken hade tagits in på sin mors begäran, som hade vårdsnaden om honom. Pojken själv och hans far ansåg att intagningen var omotiverad. Europadomstolen ansåg inte

¹⁶⁸ Danelius s. 92.

¹⁶⁹ Se Danelius, s. 109 f och där angivna domar från Europadomstolen.

¹⁷⁰ Dom den 30 juli 1998, Danelius s. 110.

¹⁷¹ Nielsen mot Danmark, dom den 28 november 1988.

att pojken hade berövats friheten utan att intagningen grundade sig på en rättmätig utövning av föräldramyndigheten.

Ett annat mål¹⁷², som också gällde frågan om en viss åtgärd utgjorde ett frihetsberövande eller inte, gällde en äldre dam med nedsatta själsförmögenheter. Den äldre damen hade, på grund av vanvård i hemmet, placerats på ett vårdhem av myndigheterna. Europadomstolen konstaterade att åtgärden hade vidtagits på ett ansvarsfullt sätt i hennes eget intresse för att tillförsäkra henne medicinsk vård och goda levnadsförhållanden. Mot den bakgrunden ansåg inte Europadomstolen att det var frågan om ett frihetsberövande enligt artikel 5.

Enligt artikel 5:2 ska var och en som arresteras utan dröjsmål underrättas om skälen för åtgärden och om varje anklagelse mot honom.

Underrättelseskyldigheten gäller, trots sin ordalydelse, inte endast i de fall då frihetsberövandet grundar sig på misstanke om brott utan även när det finns andra skäl för frihetsberövandet. Bestämmelsen har bl.a. tillämpats i målet Van der Leer mot Nederländerna, som gällde psykiatrisk tvångsvård (dom den 21 februari 1990).

Enligt artikel 5:4 har var och en som berövas friheten genom arrestering eller på annat sätt rätt att begära att domstol snabbt ska pröva lagligheten av frihetsberövandet.

Vissa frihetsberövanden, t.ex. beträffande en person som är föremål för psykiatrisk tvångsvård, är obestämda i tiden, då den fortsatta utvecklingen blir avgörande för hur länge frihetsberövandet ska fortgå. Europadomstolen har beträffande sådana fall fastslagit att den som är intagen på sjukhus för psykiatrisk vård på obestämd tid, har rätt – i vart fall när det inte finns någon automatisk periodisk domstolsprövning – att med skäliga mellanrum få lagligheten av det fortsatta frihetsberövandet överprövad av domstol¹⁷³.

Enligt artikel 8:1 har var och en rätt till skydd för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Tvångsmedicinering, avskiljning, fastspänning och besöksförbud vid vård enligt LPT och LRV är exempel på åtgärder som inskränker rätten till skydd för privatlivet.

Inskränkningar i det i artikel 8:1 föreskrivna skyddet kan enligt artikel 8:2 godtas endast under förutsättning att de har stöd i lag och om de i ett demokratiskt samhälle är nödvändiga med hänsyn

¹⁷² H.M. mot Schweiz, dom den 26 februari 2002.

¹⁷³ Danelius, s. 123 och där angivna rättsfall.

till bl.a. skyddet för hälsa, moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

Vad gäller begreppet ”nödvändig” i förevarande hänseende har Europadomstolen uttalat att det inte är synonymt med ”oundgänglig”. Det krävs däremot att det föreligger ett ”angeläget samhällligt behov”. Vidare måste åtgärden stå i rimlig proportion till det syfte som ska tillgodoses genom inskränkningen (proportionalitetsprincipen). Varje stat har också själv en viss frihet (margin of appreciation) att själv avgöra om en inskränkning är nödvändig. Denna frihet är emellertid inte obegränsad och Europadomstolen förbehåller sig rätten att övervaka om denna frihet utnyttjas på ett rimligt sätt¹⁷⁴.

I artikel 2 i det fjärde tilläggsprotokollet till Europakonventionen finns bestämmelser om den personliga rörelsefriheten. I artikeln föreskrivs dels att var och en, som vistas lagligt i landet har rätt att röra sig fritt där, dels att var och en är fri att lämna ett land, inbegripet sitt eget. Rätten att förflytta sig inom ett lands territorium omfattar också rätten att bosätta sig på viss plats (punkterna 1–2). Inskränkningar i rörelsefriheten får enligt tredje punkten göras om de är angivna i lag och om de är nödvändiga i ett demokratiskt samhälle av hänsyn till bl.a. hälsan.

3.19.2 FN:s internationella konvention om medborgerliga och politiska rättigheter

Konventionen tillkom 1966. Den är folkrättsligt bindande för de anslutna staterna. Flera av de centrala regler som finns införda i den motsvarar reglerna i Europakonventionen. T.ex. innehåller artikel 7 en regel som motsvarar förbudet mot tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning i artikel 3 i Europakonventionen. Vidare fastslås i artikel 9:1 att envar har rätt till frihet och personlig säkerhet och att ingen må berövas sin frihet utom på sådana grunder och i sådan ordning som föreskrivs i lag.

¹⁷⁴ Danelius, s. 264.

3.19.3 Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin

Konventionen antogs av Europarådets ministerkommitté i november 1996. Sverige undertecknade konventionen den 4 april 1997, men har ännu inte ratificerat den. Konventionen trädde i kraft den 1 december 1999. Konventionens andra kapitel, artiklarna 5–9 innehåller regler om samtycke.

I artikel 5, som utgör en allmän regel, anges att ingrepp inom hälso- och sjukvårdens område endast får företas efter det att den berörda personen har givit ett fritt och informerat samtycke. I artikeln anges vidare att personen i förväg ska erhålla erforderlig information om syftet med ingreppet och dess karaktär samt om vilka konsekvenser och risker som ingreppet innebär. Det anges också att det står personen fritt att när som helst återkalla sitt samtycke.

Artikel 6 innehåller särskilda föreskrifter till skydd för personer som inte kan avge ett giltigt samtycke. I artikeln uppställs först ett krav på att ingrepp på sådana personer endast, förutom i vissa särskilt angivna fall gällande bl.a. biomedicinsk forskning, får företas om åtgärden är till direkt fördel för vederbörande. Beträffande vuxna personer som på grund av psykiskt funktionshinder, sjukdom eller liknande orsak, enligt nationell rätt inte är beslutskompetenta, gäller vidare att åtgärder endast får genomföras med godkännande av patientens ställföreträdare eller en myndighet, person eller organ i enlighet med vad som är föreskrivet i lag.

Ifrågavarande ställföreträdare, myndighet, person eller annan instans ska på samma sätt som anges i artikel 5 erhålla erforderlig information.

Den berörda personen ska så långt möjligt även delta i samtyckesförfarandet. Ett lämnat medgivande till vård kan, för att tillvarata den berörda personens bästa, när som helst återkallas.

Om ett erforderligt samtycke inte kan inhämtas i en nödsituation får, enligt artikel 8, medicinskt nödvändiga åtgärder företas omedelbart när det är till nytta för den ifrågavarande personens hälsa.

Av artikel 9 framgår att i de fall en patient inte har förmåga att uttrycka sina önskemål rörande en medicinsk åtgärd, ska patientens tidigare viljeyttringar rörande åtgärden beaktas.

Sådana uttalanden behöver dock, enligt kommentaren till konventionen, inte alltid anses bindande. Således behöver man t.ex. i de

fall där man på grund av ändrade förhållanden har anledning att ifrågasätta om ett tidigare uttalande ger uttryck för patientens nuvarande inställning inte följa det¹⁷⁵.

När det sedan gäller forskningen innehåller artikel 17 beträffande vuxna personer som saknar beslutsförmåga vissa kompletterande förutsättningar som måste vara uppfyllda. Enligt huvudregeln i punkten 1 fordras att forskningsresultatet kan förväntas bli till konkret och direkt nytta för försökspersonens hälsa. Vidare krävs att jämförbara resultat inte kan erhållas genom forskning på människor som har förmåga att lämna samtycke. Denna förutsättning anges i den förklarande rapporten (Explanatory report) vara uppfylld beträffande forskning gällande bl.a. psykiska störningar och demenssjukdomar. Det krävs också att ställföreträdande samtycke har lämnats och att försökspersonen själv inte har motsatt sig medverkan. Även om forskningen inte kan förväntas leda till konkret och direkt nytta för försökspersonen får forskning, under vissa särskilt angivna förutsättningar i punkten 2 i artikeln, genomföras ändå.

Enligt artikel 26 gäller som huvudregel att det – vad gäller utövandet av rättigheterna och skyddsbestämmelserna i konventionen – endast får förekomma begränsningar som är lagstadgade och nödvändiga i ett demokratiskt samhälle bl.a. för att skydda den allmänna hälsan.

3.19.4 Europarådets rekommendation om hjälpbehövande vuxna

Europarådets ministerkommitté antog den 23 februari 1999 en rekommendation om det rättsliga skyddet för hjälpbehövande vuxna¹⁷⁶. I den förklarande rapporten till rekommendationen betonas att hjälpbehövande vuxna är en kategori som tilldragit sig stor uppmärksamhet under senare år, inte minst p.g.a. demografiska och sociala förändringar, den medicinska utvecklingen och det ökade intresset för skyddet för mänskliga rättigheter. Rekommendationen upprättades med olika rättsliga internationella instrument som inspirationskälla, bl.a. Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna och Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin.

¹⁷⁵ Elisabeth Rynning, Rättsäkerhetsfrågor inom socialrätten, Lotta Vahlne Westerhäll, s 272.

¹⁷⁶ Principles concerning the legal protection of incapable adults. Recommendation No. R [99] 4.

Resultatet blev ett antal principer som medlemsstaternas regeringar rekommenderades att införa.

En redogörelse för innehållet i rekommendationen finns i förmynderskapsutredningens betänkande¹⁷⁷. Där anges följande.

Rekommendationen är indelad i fem avsnitt och innehåller totalt 28 principer. Några av dem återges i fri översättning här nedan.

I det första avsnittet behandlas bl.a. tillämpningsområdet. Principerna tar sikte på skyddet av vuxna som p.g.a. försämringar eller brister i personlig förmåga inte klarar av att på egen hand fatta beslut som berör deras ekonomiska angelägenheter eller som inte kan förstå, uttrycka eller agera utifrån sådana beslut och som följaktligen inte heller kan bevaka sina intressen. Bristerna kan bero på psykisk oförmåga, sjukdom eller liknande orsaker. Med "vuxen" förstås en person som anses ha uppnått sådan ålder att han har full civilrättslig handlingsförmåga (dvs. har blivit myndig).

I det andra avsnittet redovisas de styrande principerna. I princip 1 betonas bl.a. att lagar, procedurer och sedvänja som berör skyddet av hjälpbehövande vuxna ska baseras på respekt för dessa individers mänskliga rättigheter och grundläggande friheter. Princip 2 tar upp vikten av flexibilitet i den juridiska hanteringen, vilket i sin tur förutsätter att det finns ett regelverk i botten som kan anpassas till de enskilda fallen. Bland skyddsåtgärderna måste finnas sådana som inte nödvändigtvis inskränker individens rättsliga handlingsförmåga. Lämpliga åtgärder ska vidare kunna sättas in i nödlägen. Hänsyn ska även tas bl.a. till behovet av att det går att arrangera representantskap som innebär att den hjälpbehövande rättshandlar tillsammans med en utnämnd representant. Enligt den förklarande rapporten är det här av betydelse att den hjälpbehövande i många fall inte är i total avsaknad av rättshandlingsförmåga. Vidare berörs de fall då fler än en representant utses och representanterna s.a.s. kompletterar varandra. Som exempel anges att en viss representant bär huvudansvaret för personliga angelägenheter men bedöms mindre lämplig att även ha hand om ekonomiska frågor.

Vidare framhålles i princip 2 vikten av att individer kan sörja för representantskap i en framtida situation då deras förmåga har satts ned. Den förklarande rapporten betonar fördelarna med att genom regler erkänna olika arrangemang som den hjälpbehövande själv kan vilja åstadkomma i förväg medan han eller hon ännu har sin rättsliga handlingsförmåga intakt. Vissa kanske inte kräver lagstiftning, t.ex. avtal med en bank om betalningar under vissa förutsättningar. I andra fall kan lagreglering visa sig nödvändig, t.ex. när det gäller "continuing powers of attorney" (här benämnda framtidsfullmakter [- - -]) eller förhandsdirektiv på hälso- och sjukvårdsområdet (- - -). I rapporten påpekas att framtidsfullmakter kommit att utnyttjas allt mer i vissa rättssystem. Några typiska problem med fullmakter av detta slag lyfts

¹⁷⁷ SOU 2004:112 s. 411 ff.

dock fram. För det första är bruket av fullmakter beroende av vad som sker med denna när fullmaktsgivaren förlorar sin rättshandlingsförmåga. Om fullmakten enligt det nationella rättssystemet förlorar sin verkan i en dylik situation, måste en undantagsregel införas med innebörd att fullmakten under särskilt angivna förutsättningar (och med inbyggda spärrar) kan fortsätta att gälla även sedan hjälpbehovet har inträtt. Om huvudregeln däremot är att fullmakten fortsätter att gälla, bör lagstiftaren överväga vilka spärrar som behövs i rättssystemet sedan fullmaktsgivaren förlorat sin rättshandlingsförmåga.

I princip 2 betonas slutligen att det bör övervägas att ge närstående en uttrycklig rätt att för den hjälpbehövande fatta särskilda beslut av mindre ingripande karaktär rörande bl.a. personliga förhållanden, om de närstående (företrädesvis familjemedlemmar) ändå har en laglig rätt att företräda den enskilde i andra angelägenheter. Enligt den förklarande rapporten pekar principen på fördelarna med att låta familjemedlemmar erhålla något slags laglig representativ funktion vid utförandet av de sysslor som de i många fall de facto ombesörjer för en hjälpbehövande anhörig; om nödvändigt skydd och assistans kan tillhandahållas av familjemedlemmar, kanske det inte finns behov av några formella åtgärder.

Regelverket ska i största möjliga utsträckning ta hänsyn till att det kan finnas olika grader av oförmåga och att denna kan variera från tid till annan. Följaktligen ska en skyddsåtgärd inte automatiskt få till följd att den hjälpbehövande totalt berövas sin rättsliga handlingsförmåga (även om det måste vara möjligt att ta till en sådan åtgärd när det visar sig nödvändigt för att skydda personen i fråga). I princip 3 lyfts särskilt fram rätten att rösta och att upprätta testamente som sådana rättigheter som en hjälpbehövande person inte per automatik ska fråntas. En annan är rätten att samtycka till eller vägra ett ingripande på sjukvårdsområdet. Arrangemang bör övervägas som innebär att den hjälpbehövande ges tillstånd av representanten att agera självständigt i en viss angelägenhet eller på ett visst område, trots att det i och för sig finns ett hjälpbehov. När det är möjligt, bör den hjälpbehövande dessutom själv ha rätt att genomföra rättsligt bindande transaktioner av vardaglig natur.

I princip 5 anförs att ingen skyddsåtgärd får genomföras för en hjälpbehövande vuxen såvida inte skyddsåtgärden är nödvändig. Vid bedömningen måste de personliga omständigheterna och individens behov vägas in. Om personen i fråga lämnar ett oreserverat och fritt samtycke till skyddsåtgärden, får den dock viktas. När man tar ställning till om det finns ett behov av en viss åtgärd, ska det tas hänsyn till om något mindre formellt arrangemang eller någon assistans från familjemedlemmar kan aktualiseras som alternativ.

Princip 6 behandlar proportionalitetsaspekter. Enligt denna princip ska en åtgärd som visat sig nödvändig också vara proportionell till den hjälpbehövandes egen förmåga och skraddarsydd för det individuella behovet hos denne. Härmed ska, enligt den förklarande rapporten,

förstås att inskränkningar i rättshandlingsförmågan ska hållas på ett minimum med beaktande av vilket mål som ska uppnås med åtgärden. Principen innebär ett avståndstagande från lagregler som innebär ett automatiskt frångående av rättshandlingsförmågan eller betydande inskränkningar av rättshandlingsförmågan som inte är situationsanpassade.

I princip 7 konstateras att det ska finnas rimliga och effektiva förfaranden för tillhandahållande av skydd för hjälpbehövande vuxna. Ett adekvat procedurmässigt skydd ska tillhandahållas för att säkerställa de hjälpbehövandes mänskliga rättigheter och för att förhindra missbruk.

Den hjälpbehövandes intressen och välfärd ska enligt princip 8 komma i främsta rummet när en skyddsåtgärd upprättas och realiserar. Valet av den person som ska fungera som representant ska huvudsakligen styras av personens lämplighet att skydda och verka för den hjälpbehövandes intressen och välfärd. När det gäller personvalet uppmärksammas i den förklarande rapporten att den hjälpbehövandes familj har en viktig roll men att det i många familjer kan uppstå allvarliga intressekonflikter. Den nationella lagstiftningen måste ta hänsyn till att detta kan påverka en familjerepresentants lämplighet (jfr dock princip 9). (- - -)

Den hjälpbehövandes tidigare och nuvarande önskemål och uppfattning ska enligt princip 9 så långt det är möjligt och rimligt fastställas och dessutom beaktas och respekteras när en skyddsåtgärd ska genomföras. Principen innebär uttryckligen att önskemål om vem som ska fungera som representant ska beaktas och, så långt det är möjligt, även respekteras. Vidare innebär den att en person som representerar eller hjälper en hjälpbehövande ska ge vederbörande adekvat information när detta är lämpligt och möjligt så att han eller hon kan få ge uttryck för sin åsikt, särskilt när det gäller beslut av större vikt för den hjälpbehövande.

I princip 10 sägs att samråd ska hållas med dem som har ett nära intresse i den hjälpbehövandes välfärd, t.ex. i egenskap av representant eller nära familjemedlem, inför anordnandet av en skyddsåtgärd. Den nationella lagstiftningen har att peka ut både vilka personer som träffas av samråds skyldigheten och vilka effekter samrådet – eller avsaknad av sådant – kan ha.

I rekommendationens tredje avsnitt behandlas processuella principer. Princip 11 slår fast att det måste finnas tillräckligt många rättssubjekt som kan anställa en talan om skyddsåtgärder för att behovet av sådana åtgärder ska kunna bli tillgodosett i alla de situationer då detta är aktuellt. I princip 11 (2), sägs att personen som berörs ska bli informerad på ett sätt som vederbörande förstår om att en talan väcks som kan påverka hans eller hennes rättshandlingsförmåga, utövandet av hans eller hennes rättigheter eller andra intressen, såvida inte sådan information uppenbarligen är utan betydelse för personen i fråga eller skulle medföra en allvarlig hälsorisk. Bestämmelsen knyter an till artikel 6 i Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

Princip 12 tar upp handläggningen av mål eller ärenden om skyddsåtgärder. I principen sägs att det ska finnas fullgoda procedurer för utredning och bedömning av en individs personliga förmåga. Ingen åtgärd som inskränker en persons rättshandlingsförmåga får vidtas utan att den person som vidtar åtgärden först har sett den hjälpbehövande eller kan bilda sig en uppfattning om den hjälpbehövandes status och en aktuell redogörelse från minst en kvalificerad expert har avgetts. Redogörelsen ska vara skriftlig. Princip 13 föreskriver att den som berörs ska ha rätt att höras personligen i alla rättegångsförfaranden som kan påverka hans eller hennes rättsliga handlingsförmåga. I den förklarande rapporten sägs att alla och envar kanske inte är kapabla att ingripa och uttrycka sin inställning. Alternativt kan den som berörs vara så pass sjuk att han inte kan delta i rättegången. I sådana fall ska individen tillförsäkras en rätt att bli representerad av någon annan. Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, särskilt artikel 6, har betydelse för tolkningen även av denna princip.

Skyddsåtgärderna ska enligt princip 14 endast gälla för viss tid, om så är möjligt och lämpligt. Enligt principen bör även förutbestämda utvärderingstillfällen komma under övervägande. Undantag från kravet på tidsbegränsningar kan, enligt förklaringen till principen, vara acceptabla, om den hjälpbehövande t.ex. lider av demenssjukdom som han eller hon inte förväntas bli kvitt. Skyddsåtgärderna bör också värderas på nytt när förhållandena ändras, särskilt när det gäller ändringar i den hjälpbehövandes tillstånd. Även förändringar i förmögenhetsmassa, t.ex. genom arv, eller ändrade boendeförhållanden, kan vara faktorer som påverkar aktuella ingripanden. – Skyddsåtgärderna ska bringas till upphörande, om förutsättningarna för dem inte längre finns. Vidare ska det finnas en rätt att överklaga beslut rörande åtgärderna.

Intermistiska beslut regleras i princip 15. I kritiska situationer ska provisoriska åtgärder kunna sättas in, varvid principerna 11–14 ska tillämpas i största möjliga utsträckning.

I princip 16 betonas att det ska finnas en adekvat kontroll av användningen av skyddsåtgärder och av representanternas handlingar och beslut. Den förklarande rapporten ger en nyanserad bild av vad som avses härmed. Det sägs att för strikt kontroll kan vara kontra-produktiv och i praktiken omöjliggöra ett bruk av åtgärden i fråga. Vidare måste hänsyn tas till kostnaderna, som kan komma att stjälpa åtgärder som under andra omständigheter skulle kunna vara fördelaktiga för de hjälpbehövande.

Princip 17 manar till att åtgärder måste vidtas för att ett tillräckligt antal kvalificerade personer engageras för att representera och hjälpa de hjälpbehövande. Hänsyn ska tas till etableringen av och stödet till olika sammanslutningar och andra organ som kan tillhandahålla representanter och utbilda dem.

I rekommendationens fjärde del behandlas representanternas roll. Princip 18 tar upp vissa frågor om automatiskt representantskap som

finns i en del länder, t.ex. att en hjälpbehövande utan särskilt myndighetsbeslut kan representeras av sina föräldrar även sedan han eller hon har uppnått myndig ålder. I princip 19 redogörs för begränsningar i representanternas behörighet. Nationell lag ska avgöra vilka rättshandlingar som anses vara av så strängt personlig karaktär att de inte kan utföras genom en representant. I den förklarande rapporten nämns att enighet torde råda om att en representant aldrig skulle kunna besluta i sådana frågor som röstning, äktenskap och adoption eller erkänna ett faderskap, medan oenighet kan råda om hur långt en representants behörighet ska sträcka sig i frågor om upprättande, ändring eller upphävande av testamente för den hjälpbehövandes räkning, organdonation och skilsmäsoangelägenheter. – Det är även de nationella reglerna som får avgöra om vissa beslut av en representant behöver godkännas av domstol eller något annat organ. Här nämner den förklarande rapporten som exempel ingrepp på hälso- och sjukvårdsområdet, förfogande över kapital på visst sätt och åtagande av förpliktelser.

Representanters skadeståndsansvar behandlas i princip 20. Representanterna är skadeståndsskyldiga, i enlighet med vad nationella regler föreskriver, för förlust eller skada som de orsakat den hjälpbehövande under uppdragets utförande. Skadestandsregler som gäller olagliga handlingar, oaktsamhet och misshandel ska träffa såväl representanter som andra som är involverade i de hjälpbehövandes angelägenheter. I den förklarande rapporten sägs att de nationella reglerna kan behöva modifieras i ljuset av vissa principer, t.ex. att representanten ska agera utifrån den hjälpbehövandes tidigare framställda önskemål. Obligatoriska försäkringar nämns som en möjlig utväg att komma till rätta med olika situationer.

Ersättningar och utgifter är föremål för uttalanden i princip 21. Nationella regler ska behandla frågor om ersättning och gottgörelse för utgifter för dem som har utsetts att representera eller hjälpa en person. Skillnader kan göras mellan dem som agerar yrkesmässigt och andra samt mellan dem som har hand om personliga och dem som ombesörjer ekonomiska angelägenheter. Frågor om ersättning är enligt den förklarande rapporten angelägna i praktiken. Det sägs att det inte lär finnas något som talar emot att den som har betydande egendom också ersätter sin representant med egna medel; värre är det när den enskildes tillgångar är blygsamma och visst offentligt bistånd kan tyckas vara både nödvändigt och önskvärt.

Åtgärder på hälso- och sjukvårdsområdet är föremål för rekommendationens femte och sista avsnitt. I den inledande delen av rekommendationen definieras dessa som åtgärder som utförs yrkesmässigt gentemot en person av hälsoskäl. I begreppet innefattas åtgärder för förebyggande vård, diagnos, behandling, rehabilitering och forskning. Av den förklarande rapporten framgår att principerna i avsnittet bygger på Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin som antogs år 1996. Sverige undertecknade konventionen år 1997. Principerna tar inte sikte på att en representant ska pekats ut

för den hjälpbehövande utan att den hjälpbehövande ska ha ett visst skydd när en åtgärd på hälso- och sjukvårdsområdet är förestående.

Samtycke tas upp i princip 22. I första punkten sägs att när en vuxen i praktiken är kapabel att lämna ett fritt och informerat samtycke till ett visst ingrepp, så får ingreppet bara utföras med dennes samtycke. Detta gäller även om personen i fråga i och för sig är föremål för skyddsåtgärder. Samtycket ska inhämtas av den person som ska vidta åtgärden. Om den hjälpbehövande inte är kapabel att ge ett fritt och informerat samtycke till åtgärden, får denna enligt princip 22 (2) likväl företas, om den är till direkt fördel för den hjälpbehövande och ingreppet har bemyndigats av den hjälpbehövandes representant eller en person eller ett organ som enligt lag kan lämna ett sådant bemyndigande. Ibland kan det föreligga oenighet, t.ex. mellan en läkare och en anhörig, om huruvida personen kan samtycka eller ej; enligt den förklarande rapporten kan det då bli nödvändigt att överlämna frågan till en myndighet. Bestämmelserna om ”direkt fördel” för patienten och samtycke från en representant eller någon som genom lag träder i patientens ställe återfinns även i Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin, artikel 6. Det ska här också påpekas att principerna 8–10 även gäller ingrepp inom hälso- och sjukvård, vilket innebär att en hjälpbehövandes tidigare uttryckta inställning kan komma att få betydelse för om ett ingrepp får utföras eller ej (jfr princip 27).

I princip 22 sägs också att överväganden bör göras kring hur man genom lagstiftning kan låta lämpliga myndigheter, personer eller organ auktorisera ingrepp av olika slag för fall då den hjälpbehövande inte själv kan ge ett fritt och informerat samtycke och inte heller har en representant med sådan behörighet. Vidare ska det enligt principen övervägas om domstolar eller något annat organ ska kunna ge tillstånd till åtgärder som är särskilt ingripande. – Den förklarande rapporten pekar på att det lär uppstå många situationer som inte kan karakteriseras som nödlägen och i vilka det kan bli aktuellt med något mindre intrång vid behandlingen, dock utan att de i sig är sådana att de synes motivera vare sig att en representant utses eller att tillstånd söks från domstol eller någon annan myndighet. Som exempel anges att en värta som orsakar obehag fryses bort eller att sår sys för att det ska läka bättre. Rapporten ger uttryck för uppfattningen att sådana ingrepp i praktiken sker utan samtycke eller tillstånd. Samtidigt uttrycks oro över att sådana åtgärder kanske inte sker på laglig väg och att läkare inte förtjänar att arbeta i ett rättsligt vakuum. I rapporten betonas dock att det inte är i någons intresse att det ska behöva föras en rättslig procedur i sådana fall bara för att en representant ska utses; bl.a. anförs att det finns starka skäl för att låta läkarna själva ge tillstånd till vissa mindre ingrepp medan särskilt allvarliga ingrepp skulle kunna kräva tillstånd från någon särskilt utsedd företrädare, en domstol eller något annat organ. Enligt rapporten betyder betoningen i rekommendationen på proportionalitet och att legala åtgärder ska tillgripas först om andra arrangemang är otillräckliga (”proportionality” och ”subsidiar-

rity”) att det måste betraktas som normalt att en vuxen hjälpbehövande saknar en representant med omfattande behörighet. Detta är något som ska välkomnas snarare än beklagas men betyder också att viss möda måste läggas på att fylla upp onödiga rättsliga tomrum.

Även mekanismer för slitande av eventuella konflikter i samtyckesfrågor mellan olika personer eller organ bör enligt princip 22 komma under övervägande. En sådan situation kan nämligen uppstå när två representanter, varav den ene har generell behörighet och den andre behörighet på hälso- och sjukvårdsområdet, är oeniga om vilken behandling den hjälpbehövande ska underkasta sig. I den förklarande rapporten förordas en lösning i vilken representanten med generellt bemyndigande konsulteras men inte ges rätten att förbjuda, påtvinga eller fördröja en behandling. Flera andra angreppssätt i denna känsliga fråga är dock tänkbara enligt rapporten – huvudsaken är att det i lagstiftningen finns medel för att komma till rätta med oeniga företrädare.

I princip 23 ges alternativa regler om samtycke, vilka blir aktuella om en medlemsstat inte tillämpar princip 22 (1)–(2). Trots att en hjälpbehövande är föremål för en skyddsåtgärd som innebär att en viss åtgärd på hälso- och sjukvårdsområdet bara är tillåten efter tillstånd av ett organ eller en person enligt lag, ska vederbörande tillfrågas om samtycke till åtgärden, om han eller hon har förmåga att lämna samtycke. Om det av lag framgår att personen inte kan ge ett fritt och informerat samtycke till åtgärden, får den likväl genomföras, om den är till direkt nytta för personen och tillstånd har getts av hans eller hennes representant eller av en sådan myndighet eller person som pekas ut i lag. Lagen ska innehålla föreskrifter som tillåter att personen i fråga hörs av ett oberoende organ innan något viktigt medicinskt ingrepp företas.

I princip 24 föreskrivs att särskilda regler kan gälla i nationell lagstiftning för speciella åtgärder som kräver ett extra skydd för dem som berörs. Reglerna kan vila på internationella dokument. De kan också innebära avvikelser från kravet på att åtgärden ska vara till direkt nytta för personen som berörs förutsatt att det extra skydd som tillhandahålls personen syftar till att minimera risken för missbruk eller oregelbundenhet. Enligt den förklarande rapporten kan ”nyttobegreppet” ibland behöva modifieras, t.ex. om någon befinner sig i ett medvetenlöst tillstånd och hålls vid liv på konstgjord väg. Det påpekas att Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin, artikel 17 (2), faktiskt tillåter ingrepp som inte är till direkt nytta för patienten i extrema fall.

Princip 25 ger möjlighet till behandlande åtgärder för hjälpbehövande med mental störning av allvarligt slag, trots att samtycke till åtgärden inte finns. En förutsättning är att störningen måste behandlas till förebyggande av allvarliga risker för personens hälsa. Bestämmelsen knyter an till Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin, artikel 7, och förutsätter att det finns skyddande villkor i lag. I princip 26 behandlas ytterligare undantagsfall

från samtyckeskravet, nämligen nödfallen. Om samtycke från patienten eller tillstånd från berört organ inte kan inhämtas, får medicinskt nödvändiga ingrepp genast genomföras. Enligt den förklarande rapporten, i vilken man hänvisar till Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin, artikel 8, är det inte endast livshotande situationer som omfattas av undantaget utan även sådana då medicinska ingrepp är nödvändiga och inte kan fördröjas.

Princip 27 framhåller att det särskilt är principerna 8–10 som är tillämpbara på hälso- och sjukvårdsområdet. Därvid nämns att uttalanden som, i enlighet med princip 9, gjorts i förväg ska tillmätas betydelse. Slutligen sägs i princip 28 att särreglering kan vara nödvändig i nationell lagstiftning av hänsyn till den allmänna säkerheten, i brottsförebyggande syfte, av hälsovårdsskäl eller för att värna andra människors fri- och rättigheter.

4 Den potentiella målgruppen – ”personer med nedsatt beslutsförmåga”

I direktiven anges att utredaren ska bedöma

... om det finns andra personer än sådana som lider av demenssjukdom som på grund av sjukdom, skada eller andra förhållanden också har nedsatt beslutsförmåga och därmed har ett motsvarande behov av förstärkt skydd.

Jag redovisar en sådan bedömning i detta avsnitt. Samtidigt har jag, som framgår av mina inledande kommentarer till direktiven (1.2.2), tolkat budskapet i direktiven som en tydlig signal på att den personkrets som avses är äldre personer med demenssjukdom. Därför redovisar jag i bakgrunden i övrigt i princip endast uppgifter som har relevans för denna grupp. Jag utvecklar också synpunkter på och motiv för denna avgränsning i mina allmänna överväganden (avsnitt 11.4).

4.1 Vuxna personer med varaktigt nedsatt beslutsförmåga

Generellt gäller att behovet av tvångs- eller begränsningsåtgärder är kopplat till att en person lider av nedsatt beslutsförmåga. Nedsatt beslutsförmåga kan uppstå hos personer med olika former av kognitiva störningar, dvs. störningar som avser intellektuella funktioner och som t.ex. ger sämre koncentration eller svårigheter att planera och hålla ihop tankar.

Beslutsförmågan kan vara påverkad hos personer med psykiska störningar och psykisk sjukdom liksom hos dem med utvecklingsstörning. Vidare kan beslutsförmågan påverkas tillfälligt eller under längre tid till följd av en allvarlig skada eller efter en yttre skada hos en person som inte tidigare har haft några kognitiva störningar.

Man kan inte alltid skilja mellan de olika diagnosgrupperna. En beslutsinkompetent person kan vara både dement och ha en

psykisk sjukdom, t.ex. en depression eller psykos. En annan beslutsinkompetent person kan vara både utvecklingsstörd och dement.

Man kan försiktigt anta att det finns mellan 130 000 och 170 000 vuxna personer som har mer eller mindre varaktigt nedsatt beslutsförmåga i Sverige. Antalet kommer att öka under de närmaste årtiondena framför allt på grund av att allt fler drabbas av demenssjukdomar¹.

4.2 Personer med demenssjukdom

Jag redovisar nedan en kortfattad redogörelse för demenssjukdomarna och deras symptom och konsekvenser. Den bygger dels på uppgifter från Demensförbundet² och Vårdalsinstitutet³ dels på en medicinsk redovisning av demenssjukdomarna – hur de uppkommer, symptom, behandling m.m. – som utredningens expert, professorn i geriatrik Gösta Bucht tillsammans med Eva Elgh skrivit på utredningens uppdrag. Promemorian⁴ biläggs i sin helhet som bilaga 4.

4.2.1 Vad är demens?

Det är vanligt att uppleva minnesstörningar när man blir äldre. Ofta är minnesproblemen övergående, men de kan också vara första steget i en demenssjukdom. Ordet demens härstammar från latinets ”de mens”, ”utan själ”, och avser ett förvärvat och långvarigt kliniskt tillstånd som oftast förvärras med tiden.

Demens är sjukliga förändringar i hjärnan som påverkar minnes- och tankeförmågor. Demens orsakas alltid av sjukdom och är inte en normal åldersförändring. Vid demens påverkas flera av hjärnans funktioner och enbart minnesproblem räcker inte för att kunna ställa diagnosen. Andra funktioner som brukar drabbas är förmågan att tänka, att planera och skapa överblick, att hitta i miljön, att tala och förstå språket, att ta egna initiativ, att uppleva känslor som förut och att kontrollera sina känslor.

¹ Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112), sidan 421ff.

² www.demensforbundet.se/demenssjukdomar.

³ www.vardalsinstitutet.net.

⁴ Promemoria 20051025 ”Demenssjukdomar och andra sjukdomar med kognitiv störning – uppkomst, symtom, prognos och behandling”, Gösta Bucht, Eva Elgh, Umeå universitet.

Det finns olika sätt att beskriva demenssjukdomars svårighetsgrad och sjukdomsstadier. En vanlig indelning är

- *Mild demens (cirka 41 000 personer)* – patienten har demens men klarar att leva på egen hand.
- *Medelsvår eller måttlig demens (cirka 66 000 personer)* – patienten behöver stöd i vardagslivet men kan oftast vistas hemma.
- *Svår demens (cirka 32 000 personer)* – patienten är så handikappad att ständig tillsyn är nödvändig och någon form av institutionsvård krävs.

4.2.2 De vanligaste demenssjukdomarna

Demenssjukdomarna är mycket vanliga och drabbar många människor. I Sverige uppskattas antalet demenssjuka till 139 000 personer, varav 8 000–9 000 personer uppskattas vara yngre än 65 år. Enligt beräkningar⁵ insjuknar ca 24 000 personer årligen, varav knappt 70 procent är kvinnor. Beräkningarna visar också att antalet demenssjuka kommer att öka, speciellt efter år 2020. Prognoser visar att över 250 000 personer kan ha en demenssjukdom år 2050. Ålder är den främsta riskfaktorn. Förekomsten av demenssjukdom är en procent vid 65 års ålder och över femtio procent vid 90 års ålder.

4.2.3 Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom är den vanligaste av demenssjukdomarna och man beräknar att cirka 83 000 personer har den sjukdomen. Sjukdomen drabbar oftast människor efter 65 års ålder men kan i enstaka fall börja vid 50 års ålder. Sjukdomen kommer oftast smygande och sjukdomsförloppet är långsamt.

Vid Alzheimers sjukdom påverkas funktioner som minne, tankeförmåga och förmågan att hitta. Språksvårigheter är vanligast hos dem som får sjukdomen tidigt, före 65 års ålder. Hos dem som får Alzheimers sjukdom efter 65 års ålder är förvirringstillstånd vanligt i den senare delen av sjukdomsförloppet. Depressiva symptom är vanliga. Bakom Alzheimers sjukdom finns flera olika faktorer. Risken för att drabbas av sjukdomen ökar med stigande ålder. I vissa familjer finns en ärftlighet för Alzheimers sjukdom.

⁵ På väg mot en god demensvård (DS 2003:47).

Man räknar med att 50 procent av alla demenssjukdomar är av Alzheimerstyp.

4.2.4 Vaskulär demens

Vaskulär demens orsakas av störningar i blodflödet i hjärnan. Blodproppar som drabbar större blodkärl, t.ex. vid stroke (hjärnblödning, slaganfall), kan skapa plötslig försämring. Den vanligaste typen har dock ett smygande förlopp som vid Alzheimers sjukdom. Vid denna demensform finns ofta ett högt blodtryck sedan tidigare i livet, sjukdomar i hjärta, blodkärllsystemet eller diabetes. Man räknar med att cirka 35 000 personer har vaskulär demens, vilket motsvarar 25 procent av alla med demenssjukdom. Siffran är något högre i de högsta åldrarna. Ofta finns blandtillstånd mellan Alzheimers sjukdom och vaskulär demens.

Symptomen är beroende av vilka delar av hjärnan som skadats. Skador djupt i hjärnan kan medföra att de psykiska funktionerna blir långsamma liksom rörelserna. Man har svårt att ta egna initiativ och har inte lust med någonting. Planeringsförmågan påverkas och det blir problem att klara vardagliga sysslor. Minnet försämras oftast. Depression finns ofta vid denna typ av hjärnskada och det kan vara ett tidigt symptom.

4.2.5 Pannlobsdemens eller frontallobsdemens

Detta är en ovanligare sjukdomsform (cirka 7 000 personer) som yttrar sig helt annorlunda än andra demenssjukdomar. Demens med symptom från pannlober debuterar i de typiska fallen tidigt, ibland före 50 års ålder. Minnet och tankeförmågan finns ofta väl bevarad vid pannlobsdemens, medan personlighetsförändringar märks tidigt i sjukdomen, med minskad omdömesförmåga. Personen slutar t.ex. att bry sig om sin hygien och känslolivet avtrubbas. Personen blir ofta lättirriterad. Den sjuke upplever inte själv de stora förändringarna i sin personlighet. Minnet drabbas ofta först mot slutet vid pannlobsdemens.

4.3 Tillstånd som kan likna demens

4.3.1 Förvirringstillstånd

Förvirringstillstånd orsakas av en tillfällig försämring av hjärnans funktioner. Medan demenssymptomen utvecklas under lång tid kommer förvirringssymptomen snabbt. Personen kan få svårt att känna igen sin omgivning eller människorna, misstolkar ofta händelser, blir okoncentrerad, kommer inte ihåg vad som hänt och vad som sagts. Den förvirrade kan ofta bli orolig, irriterad eller arg. Plötsligt kanske personen inte känner igen sin egen make eller maka.

Kroppsliga sjukdomar av mycket skiftande slag som lunginflammation, urinvägsinfektion, feber, dåligt inställd diabetesmedicin, förstoppning eller urinstopp kan vara den utlösande faktorn. Läkemedel kan ge upphov till förvirring och detta är i praktiken en vanlig orsak. Också läkemedel mot kroppsliga sjukdomar kan förorsaka förvirring. Förändringar, som t.ex. att flytta till en ny miljö, kan skapa förvirring. Oro över förändringar i hemmet kan övergå i förvirring. Yttre påfrestningar och stress kan leda till förvirringstillstånd hos personer med demens.

4.3.2 Depression

Depression är den vanligaste psykiska störningen hos äldre och risken att insjukna ökar starkt med åldrandet. Varannan kvinna och var fjärde man riskerar att någon gång under livet drabbas av en depressionssjukdom. Symtomen är nedstämdhet, ointresse och minskat välbefinnande i de flesta dagliga aktiviteter. Dessutom kan förekomma viktminskning, aptitförändring, sömnsvårigheter, psykomotorisk förändring, trötthet, energiförlust, känsla av värdelöshet minskad koncentrations- och tankeförmåga samt också dödsönskningar. Symptomen brukar vara svårast på morgonen och lättare på kvällen. Man vaknar tidigt och har svårt att somna. Depression är vanligt vid demens och försämrar livskvaliteten påtagligt⁶.

⁶ Utvecklas i bilaga 4.

4.4 Andra grupper med nedsatt beslutsförmåga

4.4.1 Personer med utvecklingsstörning

Ungefär 38 000 barn, ungdomar och vuxna i Sverige har en utvecklingsstörning. Den kan vara svår, måttlig eller lindrig. Tillsammans med utvecklingsstörningen kan personen ha andra funktionshinder, t.ex. rörelsehinder, synnedläggning, autism.

Utvecklingsstörning uppstår praktiskt taget alltid som en följd av en hjärnskada som hämmar begåvningsutvecklingen. Hjärnskadorna finns nästan alltid redan från födseln. Den kan ha genetisk grund, som vid Downs syndrom, eller vara orsakad av yttre påverkan i fosterstadiet som infektioner, brist i blod- eller närings-tillförseln till fostret, gravt missbruk hos modern (enstaka fall) eller för tidig födsel.

Downs syndrom⁷ är den vanligaste enskilda orsaken till utvecklingsstörning. Det föds omkring 120 barn med Downs syndrom i Sverige varje år. Vid Downs syndrom framträder både åldrandeprocessen och demenssymptomen mycket tidigare än hos normalbefolkningen. Många personer med Downs syndrom utvecklar Alzheimers sjukdom i 40–50 årsåldern.

Även autism⁸ eller autismliknande tillstånd kan ge djupgående störningar i social förmåga, kommunikation och beteende. Ungefär 100 barn föds med autism varje år och de flesta är pojkar.

Enligt Socialstyrelsens officiella statistik över insatser för funktionshindrade⁹ hade cirka 38 500 personer med utvecklingsstörning, autism och autismliknande tillstånd (personkrets 1 i LSS) någon insats enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) på grund av sitt funktionshinder den 1 september 2002.

4.4.2 Personer med förvärvad hjärnskada

Varje år drabbas cirka 4 000 vuxna personer i Sverige av allvarliga hjärnskador till följd av t.ex. stroke (vanligast), tumörer och inflammationer, tungt drogmissbruk, yttre våld eller trafikskador¹⁰.

⁷ Föreningen för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna (www.fub.se).

⁸ Riksföreningen Autism (www.autism.se).

⁹ Insatser enligt LSS år 2002. Socialstyrelsen, 2003 (sista året som antal insatser per personkrets redovisades).

¹⁰ Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112).

En tredjedel av dessa dör av skadorna och ett antal av de som överlever får svåra och varaktiga funktionshinder.

Enligt ovan nämnda statistik fick cirka 1 300 vuxna personer med förvärvade hjärnskador (personkrets 2 i LSS) insatser enligt LSS år 2002 den 1 september 2002.

4.4.3 Personer med psykiska funktionshinder

Personer med djup och varaktig psykisk ohälsa är en särskild målgrupp bland dem med nedsatt beslutsförmåga. De har ibland avsevärda svårigheter att klara det dagliga livet och stort behov av vård- och omsorgsinsatser. Personer med uttalad schizofreni är t.ex. ofta kontaktskygga, kommunicerar på ett sätt som är svårt att förstå, har hörselhallucinationer och kan vara aggressiva¹¹. Av en nyligen (december 2005) presenterad avhandling¹² framgår att tre av fyra dörrar på psykiatriska kliniker i Sverige var låsta en viss dag, även för patienter som vistades där på frivillig grund. Klinikföreståndarna motiverade de låsta dörrarna med risken för att patienter avviker, uppdraget att ge patienterna skydd och säkerhet samt gällande lagstiftning.

Enligt LSS-statistiken hade 2 700 personer LSS-insatser på grund av psykiska funktionshinder den 1 september 2002, de flesta i åldrarna 33–65 år.

4.4.4 Personer med nedsatt beslutsförmåga inom sjukvården

Ett okänt antal personer med (tillfälligt) nedsatt beslutsförmåga vårdas inom somatisk hälso- och sjukvård. Det finns en rad olika tillstånd där somatisk sjukdom eller dess behandling påverkar en patients kognitiva förmåga. Det påverkade tillståndet kan vara tillfälligt eller pågå under längre tid

Det rör sig i första hand om tillstånd där hjärnan och dess funktioner är påverkade. Vid exempelvis demenssjukdomar, stroke och hjärntumörer kan de kognitiva funktionerna vara så påverkade att beslutsförmågan är nedsatt. I vissa fall finns en variation över dygnet som kan bero på patientens trötthet, ångest eller oro. I andra fall kan mediciner påverka beslutsförmågan. Vid stroke kan

¹¹ Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112).

¹² Patient and Staff Perceptions of Medication Administration and Locked Entrance Doors at Psychiatric Wards, Kristina Haglund, Uppsala Universitet.

funktionerna successivt komma tillbaka i samband med rehabilitering.

Även i övrigt helt opåverkade patienter kan få nedsatt beslutsförmåga i samband med t.ex. hög feber, diabeteskoma, epileptiska anfall eller i samband med hjärnskakning.

Ibland bidrar behandlingen till att sätta ned beslutsförmågan hos patienter som t.ex. vid nedsövning i samband med operationer. Nedsättningen är då förutsägbar. Men många gånger följer den nedsatta beslutsförmågan av akuta situationer som inte är möjliga att förutse¹³.

¹³ Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112), sidan 429.

5 Indelning och beskrivning av tvångs- och begränsningsåtgärder

Jag redovisar och kommenterar nedan olika tvångs- och begränsningsåtgärder. Indelning och definitioner bygger i huvudsak på en promemoria med rekommendationer från Alzheimer-europa¹. Det är en paraplyorganisation för de europeiska Alzheimerföreningarna och organisationen har, med ekonomiskt stöd från Europeiska Kommissionen, kartlagt och sammanställt uppgifter om förekomst av samt policy och eventuella lagregler för tvångs- och begränsningsåtgärder för personer med demenssjukdom i alla EU-länder. Mina kommentarer bygger i huvudsak på vad som framkommit om förhållanden i Sverige i tillsynsrapporter och kartläggningar samt vid utredningens studiebesök och övriga kontakter.

Min ambition med detta kapitel är således att ge en rak redovisning av förekommande tvångs- och begränsningsåtgärder, hur de används och nu gällande förutsättningar som är fri från värderingar. Jag återkommer i mina överväganden och förslag, främst i avsnitt 11.6, till frågor om vilka åtgärder som ska vara tillåtna och hur de ska regleras.

Forskningen om tvångs- och begränsningsåtgärder redovisas i nästa avsnitt.

5.1 Mekaniska tvångs- och begränsningsåtgärder

Alzheimer-europas definition:

Att använda speciella möbler, kläder eller andra anordningar (t.ex. stolar med s.k. brickbord fästade i armstöden, stolar med fasta bälten, lösa bälten och remmar, sänggrindar, skyddssovsäckar och tvångströjor) för att hindra en person att flytta sig eller från att lämna en bestämd plats.

¹ Recommendations on how to improve the legal rights and protection of adults with incapacity due to dementia, www.alzheimer-europe.org.

Det finns, som framgått, en föreskrift från 1980 från Socialstyrelsen som reglerar användningen av dessa mekaniska tvångs- och begränsningsåtgärder. Den säger dels att sängsele, sängväst eller liknande fixeringsanordning inte får användas för att hålla kvar en patient i sängen, dels att sele eller brickbord, efter läkarordination, endast får användas för att hindra en svag patient från att falla och därigenom komma till skada, dvs. endast för att möjliggöra aktivering av patienten och inte för att t.ex. hålla fast en orolig patient.

I Sverige förekommer – enligt vad som framkommit vid studiebesök på olika boenden, vid samtal med personal och ansvariga eller har dokumenterats i rapporter – sänggrindar, brickbord och bälten.

Sänggrindarna monteras på sängens långsidor för att hindra att den enskilde skadar sig genom att antingen falla ur sängen eller att gå upp ur sängen och falla senare. Sänggrindar är vanligt förekommande. I en studie² på sjukhem i Stockholms län var sänggrindar den vanligaste tvångs- eller begränsningsåtgärden. Socialstyrelsen får regelbundet anmälningar enligt Lex Maria om händelser där patienter i särskilda boenden har skadats (i några fall med dödlig utgång) efter att på olika sätt ha fastnat i sängutrustningen. I många fall har skadorna uppstått när oroliga patienter med starkt nedsatt förmåga att kommunicera lämnat eller fallit ur sängen. Enligt Socialstyrelsen är det en viktig uppgift för den (sjuksköterska) som ansvarar för patientens omvårdnad att se till att utrustningen anpassas till den enskildes behov. Särskilt viktigt är att väga nyttan mot risken med att använda sänggrind i det enskilda fallet³.

Brickborden monteras med hakar på stolens armstöd och det krävs ett dubbelgrepp för att lossa bordet. Det primära syftet med bordet är att förhindra att den enskilde skadar sig antingen genom glida ur stolen, om han eller hon har svårigheter att sitta upp på egen hand, eller genom att resa sig ur stolen och falla. Bälten (som förekommer fast monterade i rullstolar eller som lösa bälten) är ett alternativ till brickbord och används för samma syften.

I diskussionen nämns också olika alternativa hjälpmedel för att nå samma säkerhet utan att utöva tvång och begränsning mot den enskilde. Som ett alternativ till sänggrindar nämns ofta sängar som kan sänkas till en sådan höjd att den enskilde kan ta sig ur utan att skada sig. De sängar som nu finns på marknaden är som regel

² Fysiska begränsningsåtgärder inom särskilda boenden i Stockholms län. Äldrecentrum 2001:11.

³ RiskRonden (Socialstyrelsens publikation för redovisning och analys av riskhändelser i hälso- och sjukvården), 1998:15.

elektriskt höj- och sänkbara mellan cirka 80 och cirka 25 centimeter från golvet samt utrustade med integrerade sänggrindar av trä (högre grindar av metall finns som tillbehör) och kostar i storleksordningen 10 000–15 000 kronor per styck⁴.

Som alternativ till brickbord eller bälte för personer som riskerar att glida ur stolen nämns ergonomiskt formgivna och reglerbara stolar som kan hjälpa dessa personer att sitta upp utan att behöva spännas fast.

S.k. höftskyddsbyxor (gärna kompletterade med halksockor) kan vara ett positivt alternativ till bälte eller brickbord för att förhindra fallskador. Byxorna är preparerade så att de ska skydda mot frakturer och andra skador vid fall. Kostnaden för sådana uppgår till omkring 2 000 kronor per person och år.

5.2 Fysiska tvångs- och begränsningsåtgärder

Alzheimer-europas definition:

1. Att låsa dörrar för att hindra en person att lämna ett rum eller ett uppehållsutrymme
2. Att använda händerna eller hota med att använda händerna för att hindra en person från att påbörja eller fullfölja en rörelse eller promenad

1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd⁵ anger att inlåsnings inte får ske. Ytterdörren till boendeenheten kan visserligen vara låst, men de boende måste själva kunna låsa upp den. De allmänna råden tillåter lås som det tar "... en viss tid att öppna", men däremot inte "...alltför komplicerade lås som förhindrar den äldre att öppna dörren och gå ut". Råden anger också att säkerheten kan ökas om "...en larmanordning på ytterdörren som är kopplad till personalens personsökare gör det möjligt att snabbt kunna nå personen i fråga när denne öppnar dörren."

Jag har uppfattat att frågan om låsta dörrar är ett centralt problem inom den svenska demensvården och som ofta kommer upp när begränsningsåtgärder diskuteras.

Diskussionen om låsta dörrar utgår framför allt från risker som personer löper, som har en kraftigt försämrad förmåga att orientera sig och att klara sig i trafiken, men som samtidigt har sin fysiska

⁴ Telefonuppgift från Ulla-Kerstin Leijon, Hjälpmedelsinstitutet.

⁵ SOSFS 1997:16.

förmåga kvar. Det händer relativt ofta att sådana personer går vilse och skadas på olika sätt. I Rikspolisstyrelsens statistik över polisens eftersökningar⁶ av försvunna personer för åren 2001–2003 redovisas 290 personer med demenssjukdom. Av dessa har 25 varit döda när de återfunnits eller har avlidit senare av skador de fått vid försvinnandet.

Många boenden för personer med demenssjukdom har ytterdörren låst med ett kodlås dygnet runt. Koden med fyra siffror finns angiven i klartext i närheten av dörren så att de boende ska kunna se den. Det förekommer också att ytterdörren kan öppnas med låsvred på vanligt sätt, men att vredet är försett med kupa eller att det finns ytterligare en spärr så att öppning kräver att bägge händerna utnyttjas.

Ett alternativ till att låsa ytterdörren är givetvis att någon i personalen regelmässigt följer med demenssjuka personer som vill gå ut, men på grund av skaderisker inte kan tillåtas göra det på egen hand. Det är självklart viktigt att personer med demenssjukdom får goda möjligheter till frisk luft och motion.

En mer generell förbättringsåtgärd, som i praktiken också minskar problemen med att enskilda personer vill ge sig av från särskilt boenden, är att utrusta särskilda boenden med inhägnad trädgård eller uteplatser. Det rättsliga grundproblemet med inlåsning kvarstår givetvis, men den ”fria ytan” blir större och för många personer med demenssjukdom kan det vara lugnande och tillräckligt att ha möjlighet att fritt kunna komma utomhus. Kostnaden för att – där så är möjligt – i efterhand anlägga/bygga en inhägnad uteplats beror på förutsättningarna i det enskilda fallet.

En annan situation där problem med låsta dörrar uppstår är när en person med demenssjukdom går in till andra boende i deras rum på kvällar och nätter och stör på olika sätt⁷. Det enklaste sättet att lösa problemet är givetvis att personalen låser dörrarna till rummen och på så sätt stänger den störande personen ute. Men då låser man samtidigt in de andra i sina rum, vilket måste anses som en olaglig tvångsåtgärd. Några kommuner har valt att installera s.k. hotellås på dörrarna för att lösa detta problem. Då är dörren låst utifrån men man kan enkelt öppna den från insidan genom att trycka ned handtaget. Hotellås löser dock inte hela problemet eftersom en

⁶ Rikspolisens (RPS) databas.

⁷ Eftersom de boende som regel har eget kontrakt enligt hyreslagstiftningen så är beteendet rent rättsligt att anse som hemfridsbrott, vilket närmare utvecklas i avsnittet om etik.

boende, som inte klarar att öppna utifrån måste be om hjälp för att komma in i sin egen bostad.

2. Frågor om hur man antingen med hot om handgripliga metoder eller genom att faktiskt genomföra sådana kan och får hindra personer att t.ex. lämna avdelningen eller att röra sig fritt över huvudtaget berörs inte i Socialstyrelsens författningar.

”Handgripliga” metoder kan givetvis bli aktuella i en mängd situationer i omvårdnadsarbetet. Det kan gälla situationer i anslutning till att en person vill lämna avdelningen eller enheten på egen hand och personalen vill påverka om och när det ska ske. Om personal följer en person med demenssjukdom på promenad kan många situationer uppstå när personalen kan anse sig behöva ingripa fysiskt för att förhindra att denne utsätter sig för risker att komma till skada.

Personalen kan också anse sig behöva skilja olika personer åt av olika skäl – undvika aggressivitet och minska oro i kontakterna m.m. – och då använda fysisk påverkan för att förstärka sin muntliga övertalning.

Många situationer i det dagliga omvårdnadsarbetet innebär med nödvändighet fysisk kontakt mellan personal och vårdtagare. Det gäller bl.a. i samband med uppstigning, toalett och hygien samt måltider. I dessa situationer kan uppstå ”intressekonflikter”, i vilka personalen använder händerna eller sin kropp för att genomföra vissa, som man upplever som nödvändiga åtgärder för den enskildes bästa, trots att personerna gör ett visst passivt eller aktivt motstånd. En sådan situation kan t.ex. uppstå om en person vill lämna badrummet innan tvättrutinen är klar. Personalen får då först försöka fullfölja rutinen genom att avleda, motivera och övertala. Om det inte räcker får man komplettera med fysisk kontakt och försöka leda eller förflytta personen via t.ex. handen eller armbågen. Frågan om var gränsen går mellan normal fysisk kontakt och otillåtna handgripligheter är givetvis svår att besvara generellt utan den måste relateras till enskilda personer och situationer.

Samtidigt finns det säkert en allmän uppfattning – sannolikt delvis präglad av några uppmärksammade rapporter i media om missförhållanden i äldreården under senare år – om vad som uppenbart är tvång och övervåld och som absolut inte får förekomma. Som exempel kan nämnas att personal isolerar äldre personer som bestraffning och att personal skriker, hotar, förolämpar och förnedrar äldre personer.

Vad som uppenbart kan betraktas som tvång och övervåld framgår av en aktuell dom gällande olaga frihetsberövande enligt 4 kap. 2 § 1 st BrB⁸. Tingsrätten i Västmanland dömde en vikarieanställd vårdare vid ett kommunalt äldreboende till ett års fängelse för olaga frihetsberövande. Brottet bestod i att vikarien hade lindat en livrem kring benen på en hjärnskadad man och därmed förhindrat honom från att gå upp ur sängen. Detta upptäcktes av en undersköterska efter några minuter. Hon befriade mannen från livremmen och anmälde sin kollega. Tingsrätten bedömde brottet

...som synnerligen allvarligt i det att det riktats mot en helt försvarslös människa som varit under samhällelig omsorg från en person som varit satt att handha omsorgen.

Vårdaren överklagade domen. Svea Hovrätt dömde, med ändring av tingsrättens dom, vårdaren för olaga frihetsberövande enligt 4 kap. 2 § 2 st BrB till villkorlig dom⁹.

5.3 Rörelselarm med elektroniska brickor

Alzheimer-europas definition:

Att fästa en elektronisk anordning på en person eller hans eller hennes kläder så att ett larm utlöses och personalen uppmärksammas när personen passerar en given gränslinje. Liknande utrustning kan också användas för att följa en persons rörelser och spåra honom eller henne när det bedöms nödvändigt.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd¹⁰ rubriceras dessa som individuella larm och avser larm som anbringas på personer och aktiveras av den enskilde själv, eller vid passage av en given gräns, eller av polisen efter framställning av personal när en person försvunnit och inte återfunnits på förväntad plats. Ett sådant larm förutsätter beslut av en legitimerad sjuksköterska efter samråd med föreståndaren eller annan person i ledande ställning vid boende-enheten.

Individuella larm är mycket vanligt förekommande inom äldre- och demensvården. Det vanligaste larmet, ofta benämnt trygghetslarm, är det som den enskilde själv ska utlösa i kritiska situationer.

⁸ Västmanlands tingsrätt, dom meddelad 3 maj 2005 i mål nr B 5436-04. Domen har överklagats..

⁹ Svea Hovrätt, dom meddelad 16 maj 2006 i mål B 4317-5.

¹⁰ SOSFS 1997:16.

Det är utformat som ett armbandsur och används oftast av personer som bor kvar i ordinärt boende med hemtjänst efter särskilt biståndsbeslut enligt SoL.

Inom demensvården bedöms ofta larm som den enskilde själv kan aktivera som för osäkra. Där förekommer istället olika former av personliga rörelselarm som t.ex. indikerar till personalen när den enskilde rör sig visst antal meter från sängen. Det finns också s.k. fall-larm som registrerar fall och larmar om man blir liggande.

Det förekommer också ”opersonliga” rörelselarm, t.ex. i anslutning till ytterdörrar, som varnar personalen när någon, vem som helst, av de boende, personalen eller närstående, passerar en gränslinje i närheten av dörren.

Pejl- eller sökbara rörelselarm ses av många (personal, ansvariga, närstående, polisen) som en positiv möjlighet och – för vissa personer med demenssjukdom – som ett alternativ till att hålla ytterdörren till boendet stängd. Visionen är att kunna utrusta fysiskt aktiva demenssjuka personer med en elektronisk bricka och sedan låta honom eller henne röra sig fritt. Med modern teknik skulle man då löpande eller intermittent lätt kunna identifiera personens position.

Ännu finns dock inte något sådant enkelt söksystem (som t.ex. utgår från GSM eller GPS-teknologi), som bedöms som tillräckligt säkert vad gäller drift och spårbarhet. Men landets samtliga polisdistrikt (utom Gotland) har upphandlat och använder ett pejl-system med nödsändare, för att underlätta eftersökningen av bland andra personer med demenssjukdom. Personerna utrustas med en sändare, i form av ett armbandsur, som polisen kan aktivera på begäran av personal. Med en pejlutrustning kan polisen sedan alternativt med bil, helikopter eller till fots snabbt ringa in och söka av det område där personen befinner sig. Chansen att hitta personen i tid ökar väsentligt samtidigt som polisens och samhällets kostnader för eftersökningen minskar kraftigt.

Polisen har kunnat aktivera nödsändare vid 97 av de 290 eftersökningarna, som tidigare refererats, av personer med demenssjukdom under åren 2001 till och med 2003. Av de totalt 25 personer som avled i samband med försvinnandet var endast en utrustad med nödsändare. Ett uppmärksammat¹¹ dödsfall inträffade dock i januari 2006 i Lerum där en äldre dement kvinna hittades först åtta timmar efter att nödsändaren aktiverats. Länspolis-

¹¹ Rapporteras bl.a. i Dagens Eko den 12 januari 2006.

mästaren i Västra Götaland har beordrat en utredning av de närmare omständigheterna.

I december 2005 hade kommunerna och landstingen tillsammans tecknat 373 abonnemang (à cirka 700 kronor per månad) på nödsändare. Polisen bedömer att behovet i landet motsvarar i storleksordningen 2 000–3 000 abonnemang. Man antar att förklaringen till att inte fler abonnemang var tecknade dels är priset och dels att det råder oklarhet om vem (kommunen, landstinget eller närstående) som ska betala.

5.4 Videoövervakning

Alzheimer-europas definition:

Använda videoutrustning för att observera och övervaka speciella utrymmen som t.ex. dagrum, korridorer, områden vid entrédörrar m.fl.

Frågan om videoövervakning har inte kommit upp under utredningsarbetet. Den metoden nämns inte heller i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Sannolikt dels därför att de tekniska möjligheterna är av ganska sent datum och dels därför att videoövervakning av patienter och boende framstår som oetiskt inom äldreården. Inom sjukvården förekommer dock videoövervakning av bl.a. patienter som utreds för sömnproblem med medicinska komplikationer, s.k. sömnapné¹².

Hjälpmiddelsinstitutet har utvecklat ett system där den demenssjuke med hjälp av en videokamera enklare ska kunna se vad som sker bakom en stängd dörr, t.ex. en ytterdörr¹³. Tekniken finns sålunda redan tillgänglig inom demensvården. Dessutom, som jag utvecklar i avsnitt 7.4.2 om hjälpmedel och framtiden, så pågår det en omprövning och förändring av den allmänna synen i samhället på övervakning och etik. Denna förändring kan också påverka synen på videoövervakning inom demensvården.

¹² Telefonuppgift från Lars Asterborg, expert på medicinteknik vid Socialstyrelsen.

¹³ Personer med demenssjukdom har ofta problem att kunna utnyttja vanliga s.k. "titt-hål" i ytterdörrar därför att perspektivet blir förvrängt och bilden svårtolkad.

5.5 Passiva larm

Alzheimer-europas definition:

Att använda elektroniska tryckdynor (t.ex. under madrasser eller mattor), infra-röda alarm och elektroniska ljudövervakare för att signalera en persons närvaro eller rörelser till personalen.

Denna typ av larm kan kallas passiva därför de inte förutsätter att den demenssjuke bär en sändare av typ elektronisk bricka eller dylikt. De är mycket vanligt förekommande i särskilda boenden och finns dessutom i ordinärt boende i 60 till 70 procent av kommunerna¹⁴. Vanligast är sannolikt den s.k. larmmattan som placeras framför sängen och som ska signalera till personalen när en person stiger upp. Samma funktion har den s.k. sängvakten, ett larm som placeras under lakanet och larmar när personen lämnar sängen. Både larmmattan och sängvakten kan ställas in så att larmet går efter vald tidsfördröjning.

Hur passiva larm kan användas och vem som beslutar regleras inte i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsen har dock i samband med rapporterade riskhändelser i sjukvården till följd av felaktiga och uteblivna larm varnat för att patientsäkerheten kan riskeras om vårdgivaren har överdrivna förväntningar på larmens funktioner och tillförlitlighet. Larmutrustning kan vara ett komplement till personalens tillsyn, men aldrig helt ersätta den mänskliga övervakningen¹⁵.

5.6 Medicinering som tvångs- och begränsningsåtgärd

Alzheimer-europas definition:

Att använda sövande eller lugnande mediciner enbart för att påverka eller behandla symptom på rastlöshet eller stört beteende såsom det uppfattas av andra (dvs. inte för att behandla rastlöshetens eller beteendets underliggande orsaker).

Det är väl känt att överförskrivning av lugnande mediciner av olika slag allmänt sett är ett mycket stort problem i behandlingen av äldre. Behovet av att förskriva lugnande mediciner till personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom med syfte

¹⁴ I Demensenkäten 2002 tillfrågades kommuner och landsting bl.a. om vilka hjälpmedel man tillhandahåller för personer med demens i ordinärt boende.

¹⁵ RiskRonden, information om risker inom hälso- och sjukvården, 2004:04.

att skydda dem själva eller andra från skada har vid några tillfällen kommit upp vid utredningens kommunkontakter. Att det förekommer och hur problemet kan yttra sig framgår av den fallbeskrivning som jag redovisar i avsnitt 8.4.1 om tvångsåtgärder och etik.

Jag har dessutom förstått att personal ibland tillgriper medicinering för att dämpa eller lugna en patient som kraftigt stör och oroar sina medpatienter t.ex. genom ett utpräglat så kallat skrikbeteende. Personalen beskriver dilemmat i sådana situationer som att hänsynen till en patient och dennes självbestämmande ställs mot omsorgen om övriga patienters rätt till en lugn och säker vård- och omsorgsmiljö. De tillgängliga alternativen för att på kort sikt hantera en ohållbar situation kan då upplevas vara att antingen ge medicin till den patient, som genom sitt beteende skapar den oroliga situationen, eller till övriga patienter på avdelningen. Det kan gälla 8–9 personer som på grund av störningen blivit kraftigt oroad och förvirrade och snabbt behöver tas om hand och lugnas.

5.7 Sambandet mellan skaderisker, tvångs- och begränsningsåtgärder och hjälpmedel

I nedanstående tabell redovisar jag schematiskt hur jag uppfattar huvuddragen i redovisningen av och diskussionen om tvångs-/begränsningsåtgärder i Sverige.

Schema skaderisk – åtgärd – hjälpmedel

Skaderisk	Åtgärd	Hjälpmedel	Anmärkning
Den demenssjuke (DD) vill lämna boendet med risk för att gå vilse, förfrysas, skadas i trafiken, utnyttjas m.m.)	1) Försvara/ fördröja DD:s passage genom ytterdörr så att personal hinner dit och avleda	– Kodlås på ytterdörr – Dubbla dörgrepp; kåpa	Mycket vanligt på demensboenden m.m. Förekommer
	2) Personalen varskos i förväg	– Larm (rörelse-) till personal när DD närmar sig ytterdörr	Vanligt
	3) Låta DD gå ut genom ytterdörren	– Bygg/anlägg uteplats/trädgård etc. med staket och stängd grind – Personal följer med DD	DD kommer utomhus, vilket ibland räcker (är vad han vill). Förutsätter tillräcklig bemanning. Vanligt
	4) Låta DD lämna boendet ensam	– DD går fritt men har nödsändare som alla polismyndigheter (utom Gotland) har utrustning för att pejla	December 2005 finns 373 abonnemang å 700 kr/månad tecknade i landet. Stort problem vem som ska betala
DD går upp ur sängen med risk för att falla och skada sig	1) Hindra DD från att gå upp ur sängen	– Montera sänggrindar	Mycket vanligt
	2) Skydda från fallskada	– Säng som kan sänkas	Mycket vanligt
	3) Larm till personal om att DD går upp ur sängen	– Larmmatta vid sängen; – Fall-larm; – Rörelselarm i sovrummet;	Mycket vanligt Vanligt
DD reser sig från sittande till stående med risk för att falla och skada sig	1) Hindra DD från att resa sig	– Bälte som håller DD kvar i stol; – Brickbord som håller DD kvar i stol;	Vanligt Vanligt
	2) Låta DD resa sig men förebygga skada	– Höftskyddsbyxor (och halksockor)	Kostnad cirka 700–1 000 kronor/paret. Vanligt?
DD glider ur stolen och riskerar att skada sig	1) Hindra DD från att glida ur stol	– Bälte som håller DD kvar i stol; – Brickbord som håller DD kvar i stol; – (Individuellt) ergonomiskt utformad stol som håller DD på plats	Vanligt Vanligt
	2) Inte hindra men förebygga skada	– Höftskyddsbyxor (och halksockor)	
DD går in i medboendes rum nattetid och stör	Hindra DD från att gå in (utan att låsa inne den medboende)	S.k. hotellås som låser utifrån men ej från insidan	Vanligt

6 Forskning om skydds- och tvångsåtgärder

I detta avsnitt redovisas en sammanställning av relevant forskning, svensk och internationell, som docent Stig Karlsson, Institutionen för geriatrik vid Umeå universitet, har gjort på utredningens uppdrag. Stig Karlsson svarar själv för urval, tolkning och slutsatser.

En grundläggande fråga i vården och omsorgen av äldre personer med nedsatt beslutsförmåga är hur man tillförsäkrar dem en trygg boende- och vårdmiljö utan att kränka deras grundlagsskyddade fri- och rättigheter.

Ett betydande problem inom särskilda boenden för äldre personer är risker för fallskador. Man beräknar att cirka 60 procent av de äldre i särskilda boenden råkar ut för minst ett fall per år. Exempel på sådana riskhändelser kan vara fall ur sängar, ur rullstolar och sittmöbler och att snubbla på trösklar och mattor. Även om flertalet fallolyckor inte leder till svåra men för den äldre, kan konsekvenserna bli betydande. Han eller hon kan t.ex. få sårskador, hjärnskakning och frakturer.

I omvårdnaden av personer med demenssjukdom kan också situationer uppstå som kan leda till allvarliga konsekvenser för den äldre personen och omgivningen. Det gäller t.ex. om det finns risk för att han eller hon lämnar avdelningen eller har ett beteende som gör att han eller hon kan skada sig själv eller någon i sin omgivning.

6.1 Förekomst av fysiska begränsningsåtgärder

Det är vanligt att fysiska begränsningsåtgärder används för att förebygga skador och olyckor bland äldre patienter¹. Fysiska begränsningsåtgärder kan definieras som en mekanisk anordning som inskränker rörelsefriheten², exempel är inlåsning, sänggrindar,

¹ Evans & Strumpf, 1989, Karlsson et al., 1999.

² Covert et al., 1977.

selar, bälten, brickbord och speciella stolar som låser fast patienten³.

Forskning om tvångsåtgärder har visat att mellan tjugofem och fyrtiotre procent av de äldre i särskilda boenden är föremål för fysiska begränsningsåtgärder⁴.

Resultaten från studier av äldreomsorg i Västerbotten visar att var fjärde person i särskilda boenden är föremål för fysiska begränsningsåtgärder⁵. Den högsta förekomsten redovisas inom sjukhemsvård och i gruppboenden för personer med demenssjukdom, trettiosex respektive tjugotvå procent.

Resultaten av forskning inom äldreomsorg i Norge redovisar liknande förekomst av begränsningsåtgärder. Trettiosju procent av dem som vårdas inom sjukhemsvård är föremål för tvångsåtgärder och fyrtiofem procent inom särskilda vårdenheter för personer med demenssjukdom⁶.

I den kartläggning som gjorts i Västerbotten av hur fysiska begränsningsåtgärder används framkommer att bälten och brickbord som fixeras framför personen är de vanligaste åtgärderna. Vidare framkommer att en majoritet av dem som är föremål för begränsningsåtgärder har varit detta under lång tid. Mer än hälften har varit föremål för åtgärderna under senaste halvåret.

I särskilda boenden för äldre används ibland också tekniska lösningar såsom larm för att skydda från skada. Larm kan indelas i två typer, generella och individuella. Generella larm utgörs oftast av passagelarm. Så t.ex. kan ett larm på ytterdörren kopplas till personalens personsökare, så att de uppmärksammar om en person lämnar boendet och behöver tillsyn. Exempel på individuella larm för att förhindra fall och skada är larmmatta, sängvakt samt rörelsevakt. Vidare finns individuella larm som anbringas på personen och som aktiveras av polisen efter framställning av personal när personen har försvunnit och inte återfunnits på förväntad plats, ett så kallat nödlarm.

En studie i Norge visar att cirka en procent av dem som vårdas på sjukhem övervakas elektroniskt, medan cirka sex procent av de äldre inom gruppboenden för demenssjuka har denna typ av övervakning⁷.

³ Powel et al., 1989.

⁴ Evans & Strumpf, 1989; Karlsson et al., 1996; Tinetti et al., 1991.

⁵ Karlsson et al. 1996.

⁶ Kirkevold et al, 2004.

⁷ Kirkevold et al. 2004.

6.2 Faktorer som påverkar användandet av fysiska begränsningsåtgärder

Forskningen visar på ett klart samband mellan hur ofta fysiska begränsningar används och patientens ålder och kognitiva nivå. Studier av särskilda boenden för äldre har visat att nio av tio som är föremål för begränsningar i sin rörelsefrihet, har en demenssjukdom. Vidare har man visat att dessa personer har ett mycket stort omvårdnadsbehov och dålig motorisk förmåga⁸. Det innebär att de i hög grad är beroende av vårdpersonalen för att klara sitt dagliga liv.

6.3 Kunskap och attityder

Omvårdnadspersonalen ställs ofta inför situationer där de har att ta ställning till hur de kan skydda de personer de har att vårda. Personalen upplever det ofta som konfliktfyllt att använda skyddsåtgärder som begränsar den vårdbehövandes frihet⁹. Vad kan och får man göra? När glider skyddsåtgärder över till att bli tvångsåtgärder? Vem beslutar?

Studier visar att det finns en allmänt negativ inställning bland vårdpersonalen till att använda fysiska begränsningsåtgärder i vården av äldre. Samtidigt uttrycker de att de saknar alternativa åtgärder¹⁰. En liknande uppfattning finns hos närstående, som också ofta tror att fysiska begränsningsåtgärder är det enda sättet att skydda mot fall¹¹. I litteraturen finns beskrivet att vårdpersonal ofta lämnas att själva ta ställning till de konfliktfyllda situationer som kan uppstå i valet mellan begränsningsåtgärder och frihet¹².

Vidare visar forskare¹³ att personalen upplever stor osäkerhet om vilka risker man kan tillåta, innan begränsningsåtgärder måste sättas in.

Studier visar också att vårdpersonalen har bristande kunskaper om reglerna för hur och när begränsningsåtgärder får användas¹⁴. En annan studie har visat att personalens kunskaper och inställning till reglerna om begränsningsåtgärder skiljer sig åt på avdelningar

⁸ Karlsson et al., 1996.

⁹ Strumpf & Evans 1988, Blakeslee, J.A. 1988, Emil, S. 1990.

¹⁰ McHutchion, E., Morse J.M., 1989, Karlsson et al, 1998.

¹¹ Kanski et al 1996.

¹² Mattiasson & Andersson, 1995.

¹³ Hantikainen och Kappelis (2000).

¹⁴ Karlsson et al, 1998.

som ofta använder respektive på avdelningar som inte använder sådana¹⁵.

6.4 Miljöns betydelse för förekomst av fysiska begränsningsåtgärder

I forskningslitteratur uttrycks en hypotes om att riskhändelser och skador kan förebyggas utan begränsningsåtgärder om vårdmiljön är utformad så att personalen ges möjlighet att ha överblick och adekvat tillsyn över de äldre och funktionshindrade. Men idag saknas i stor utsträckning studier med syftet att undersöka vårdmiljöns betydelse för förekomsten av fysiska begränsningsåtgärder i omvårdnaden av äldre. Det finns bara ett fåtal sådana studier redovisade i den internationella litteraturen och resultaten från dessa är inte överensstämmande. Det finns studier som inte redovisar något samband alls mellan enhetens utformning och storlek och hur många äldre som man spämt fast på olika sätt, medan andra studier finner lägre förekomst av fysiska begränsningsåtgärder på mindre enheter¹⁶.

6.5 Positiva och negativa effekter av fysiska begränsningsåtgärder

Forskningslitteraturen redovisar som eventuella positiva effekter av fysiska begränsningsåtgärder i vården av äldre, att dessa kan förebygga fallolyckor och förhindra oroliga patienter från att störa medicinsk behandling, exempelvis droppbehandling. Det anges också att åtgärderna kan bidra till att aktivera dem som inte klarar av att sitta uppe utan stöd och till att skydda andra patienter och personal när en person har ett aggressivt beteende. Det saknas dock vetenskapliga studier som systematiskt har undersökt och utvärderat om fysiska begränsningsåtgärder verkligen har dessa tänkbara positiva effekter.

Säkerhetsaspekten och rädslan för att den äldre ska ramla och skada sig är genomgående den röda tråden i all forskning avseende fysiska begränsningsåtgärder¹⁷.

¹⁵ Karlsson et al, 2001.

¹⁶ Castle, 1998, Retsas, 1998, Tinetti et al. 1991.

¹⁷ Cali et al 1995, Karlsson et al., 1997, Janelli, 1991, Strumpf et al., 1988.

Flera vetenskapliga studier visar emellertid att användningen av fysiska begränsningsåtgärder inte självklart förebygger fall¹⁸. I en studie¹⁹ konstateras att det endast finns ett svagt samband mellan uppskattad fallrisk, tidigare fall och användningen av fysiska begränsningsåtgärder.

I detta sammanhang är det intressant att hänvisa till resultat²⁰, som visar att minskat bruk av begränsningsåtgärder i praktiken inte har inneburit flera fallskador. Det finns till och med studier som visar att risken för fall och svårare skador, som kan få dödlig utgång, ökar när man använder fysiska begränsningsåtgärder²¹.

Fysiska begränsningsåtgärder har också visat sig orsaka andra typer av såväl direkta skador – som t.ex. nervskador, asphyxiation (syrebrist i hjärnan) och plötslig död – som indirekta skador som t.ex. trycksår, fall, ökad vårdtid, inkontinens, försämrad mobilitet (rörlighet), infektioner, oroligt beteende, försämrad kognition, sämre förmåga till social interaktion, ökad desorientering, ett ökat beroende och ökad mortalitet²². Utöver ovanstående skador anges²³ muskelstelhet, minskad eller försämrad cirkulation, obstipation (förstoppning), kontrakturer (rörelseinskränkning i leder), benskörhet och minskad metabolism (försämrad ämnesomsättning). Begränsningsåtgärder har även en negativ psykologisk påverkan på en skör äldre person och hotar dennes värdighet. En förvirrad äldre person som blir föremål för en fysisk begränsningsåtgärd kan bli ännu mera förvirrad vilket kan leda till aggressivitet och panikattacker.

6.6 Fysiska begränsningsåtgärder ur ett etiskt perspektiv

Fysiska begränsningsåtgärder inom äldre vården har debatterats mycket under de senaste åren och har starkt ifrågasatts dels ur ett etiskt perspektiv²⁴, dels därför att deras effekter anses tveksamma²⁵. Åtgärder som innebär frihetsberövande kan upplevas som mycket kränkande av dem som utsätts.

¹⁸ Capezuti, et al., 2002, Evans et al., 1997.

¹⁹ Karlsson et al. (1997).

²⁰ Evans och Fitzgerald (2002).

²¹ Dunbar et al., 1997, Dunn, 2001, Neufeld et al., 1999, Tinetti et al., 1992, WHO, 2004.

²² Emil, 1990, Evans et al, 2003.

²³ Brower (1991).

²⁴ Strumpf & Evans, 1991, Moss & La Puma, 1991.

²⁵ Tinetti et al., 1992, Capezuti et al, 1996.

En fråga som diskuteras i litteraturen gäller hur man kan bedöma när en fysisk begränsning för en patient övergår från att vara en skyddsåtgärd till att bli en tvångsåtgärd. Det är t.ex. inte självklart att frånvaron av fysiska begränsningar är detsamma som god omvårdnad om en konsekvens blir att patienten tvingas till permanent sängläge med alla dess negativa följder. En viktig utgångspunkt för dessa ställningstaganden är dock personalens förmåga till att bedöma patientens upplevelse av den fysiska begränsningen.

Studier har visat att vårdpersonal ofta upplever att de hamnar i etiska dilemman i samband med fysiska begränsningsåtgärder²⁶. De uttrycker att de ofta hamnar i situationer där valet står mellan att respektera patientens egen vilja (autonomi) eller att handla utifrån vad som de anser är bäst för patienten. Vårdpersonalen uttrycker också att de i dessa situationer har att väga vad de anser vara bäst för patienten mot de skyldigheter som de upplever att de har gentemot andra patienter, närstående, kollegor, arbetsgivaren samt lagar och förordningar som reglerar vården. Studier har också visat att det ofta är situationen "här och nu" som är avgörande för de faktiska besluten om begränsningsåtgärder, som t.ex. den aktuella arbetsbelastningen och personaltätheten.

Äldre personer, som blir föremål för begränsningar i rörelsefriheten, kan uppleva detta som tvång och det kan då starkt påverka deras upplevelse av integritet och livskvalitet. Det finns alltid en risk att personer med demenssjukdom inte förstår innebörden i och avsikten med en åtgärd som begränsar rörelsefriheten. I de fall begränsningsåtgärder används, är det därför av stor vikt att konsekvenserna av åtgärden i sig utvärderas regelbundet samt att man löpande omprövar de medicinska förutsättningarna för att den ordinerats. Innan fysiska begränsningsåtgärder sätts in så bör personen utredas vad gäller bakomliggande faktorer som kan förklara symtom eller beteende. Inför besluten om begränsningsåtgärder bör det också beslutas om hur negativa effekter av begränsningen i rörelsefriheten kan minimeras. Vidare är det av stor vikt att fysiska begränsningsåtgärder inte används som en ersättning för vårdpersonal i vården av äldre.

²⁶ Quinn, 1993.

6.7 Åtgärder för att påverka förekomst av fysiska begränsningsåtgärder

Det finns bara få s.k. interventionsstudier genomförda inom äldre-vården som helhet med syfte att påverka faktorer som är relaterade till förekomst av fysiska begränsningsåtgärder²⁷. Det saknas fortfarande sådana kontrollerade studier på effekter av olika interventioner när det gäller hur fysiska begränsningsåtgärder används i vården av personer med demenssjukdom.

Det finns en granskning av sexton vetenskapliga studier med syftet att minska användningen av fysiska begränsningsåtgärder inom olika vårdformer²⁸. Interventionerna i studierna varierar. Det handlar t.ex. om att förändra avdelningens policy, genomföra utbildningsprogram, införa konsultation och fokusgrupper. Fjorton av dessa studier visar att användningen av fysiska begränsningsåtgärder minskat ända ner till noll procent, en studie kunde inte visa på någon förändring efter interventionen och en studie visade att antalet fysiska begränsningsåtgärder rent av hade ökat.

²⁷ Neufeld et al 1999, Evans et al 1997.

²⁸ Evans et al, 2002.

Referenser

- Blakeslee, J.A. (1988). Speaking out. Untie the elderly. *Am-J-Nurs*, 88, 833-4.
- Brower, HT. The alternatives to restraints. *J-Gerontol-Nurs*, 1991;17:18-22.
- Cali, M. & Kiel, P. An epidemiological study of fall-related fractures among institutionalized older people. *J-Am-Geriatr-Soc* 1995;43:1336-40.
- Capezuti, E., et al. Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *J-AM-Geriaatr-Soc* 2002;50:90-96.
- Capezuti, E., Evans, L., Strumpf, N. & Maislin, G. (1996). Physical restraint use and falls in nursing home residents. *J-Am-Geriatr-Soc*, 44, 627-33.
- Castle NG, Fogel B. Characteristics of nursing homes that are restraint free. *Gerontologist*. 1998 Apr;38(2):181-8.
- Covert, A.B., et al. The use of mechanical and chemical restraints in nursing homes. *J-Am-Geriatr-Soc*, 1977;25:85-9.
- Dunbar, JM. et al. Taking charge. The role of nursing administrators in removing restraints. *JONA*, 1997;27:42-8
- Dunn, K. The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalized. *J-Geront-Nurs*, okt 2001:41-48.
- Emil, S. (1990). Restraint is needed in our use of patient restraints. *Can-Med-Assoc-J*, 143, 1221-5.
- Evans, D. , et al. A review of physical restraint minimization in the acute and residential care setting. *J-Adv-Nurs*, 2002;40:616-625.
- Evans, D. Et al. Patient injury and physical restraints devices: a systematic review. *J-Adv-Nurs*, 2003;41:274-282.
- Evans, D., Fitzgerald, M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies* 39, 735-743.
- Evans, L.K. & Strumpf, N.E. (1989). Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. *J-Am-Geriatr-Soc*, 37, 65-74.
- Evans LK, Strumpf NE, Allen Taylor SL, et al. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *J-Am-Geriatr-Soc* 1997;45(6):675-81.
- Hantikainen, V., Kappeli, S. (2000). Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (5), 1196-1205.

- Janelli, LM. What nursing staff members really know about physical restraints. *Rehabil-Nurs* 1991;16:345-8.
- Kanski GW, Janelli LM, Jones HM, Kennedy MC. Family reactions to restraints in an acute care setting. *J-Gerontol-Nurs* 1996;22(6):17-22.
- Karlsson, S. Physical restraint use in the care of elderly patients. Umeå University medical dissertations, Department of Community Medicine and Rehabilitation, Geriatric Medicine and Department of Nursing, 1999.
- Karlsson, S. & Sandman, P.O. Fysiska begränsningar inom äldreomsorgen före respektive efter äldreformen. *Vård, Språk*, 1998;1:96-104.
- Karlsson, S., Bucht, G., Eriksson, S. & Sandman, P.O. (1996). Physical restraints in geriatric care in Sweden: prevalence and patient characteristics. *J-Am-Geriatr-Soc*, 44, 1348-54.
- Karlsson, S., Nyberg, L. & Sandman, P. (1997). The use of physical restraints in elder care in relation to fall risk. *Scand J Caring Sci*, 11, 238-242.
- Karlsson S, Bucht G, Sandman PO. Physical restraints in geriatric care: knowledge, attitudes and use. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 12:48-56, (1998).
- Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Journal of American Geriatrics Society*.2001;49:1722-1728.
- Kirkevold Ö, Sandvik L, Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004 Oct;19(10):980-8.
- Kirkevold O, Engedal K. Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes. *Scand J Caring Sci*. 2004 Sep;18(3):281-6
- Mattiasson, A-C. & Andersson, L. (1995). Nursing home staff's attitudes to ethical conflicts with respect to patient autonomy and paternalism. *Nursing Ethics*, 2, 113-128.
- McHutchion, E. & Morse, J.M. (1989). Releasing restraints--a nursing dilemma. *J-Gerontol-Nurs*, 15, 16-21.
- Moss, R.J. & La Puma, J. (1991). The ethics of mechanical restraints. *Hastings-Cent-Rep*, 21, 22-5.
- Neufeld R, Libow I, Foley W, Dunbar J, Cohen C, Breuer B. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. *Journal of American Geriatrics Society*, 47:1202-1207, 1999.

- Powell, C., Mitchell Pedersen, L., Fingerote, E. & Edmund, L. (1989). Freedom from restraint: consequences of reducing physical restraints in the management of the elderly. *Can-Med-Assoc-J*, 141, 561-4.
- Quinn, CA. (1993). Nurses perceptions about physical restraints. . *Western Journal of Nursing Research*, 15, 148–158.
- Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud*. 1998 Jun;35(3):184-91
- Stumpf, NE. & Evans, LK. Physical restraint of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses. *Nurs-res*, 1988;37: 132-7.
- Strumpf, N.E. & Evans, L.K. (1991). The ethical problems of prolonged physical restraint. *J-Gerontol-Nurs*, 17, 27–30.
- Tinetti, M.E., Liu, W.L. & Ginter, S.F. (1992). Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann-Intern-Med*, 116, 369-74.
- Tinetti, M.E., Liu, W.L., Marottoli, R.A. & Ginter, S.F. (1991). Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities. Prevalence, patterns, and predictors. *JAMA*, 265, 468-71.
- World Health Organization 2004. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? How should interventions to prevent falls be implemented? HEN-report March 2004.

7 Utveckling inom hjälpmedelsområdet

Det finns två perspektiv på teknologi för personer med demenssjukdom; dels fokus på personen och vilket stöd teknologin kan ge honom eller henne dels fokus på teknologin som sådan och dess möjligheter (t.ex. ”smarta hus”). Dessa två perspektiv måste gå hand i hand för att utvecklingen ska gå i positiv riktning. Den etiska diskussionen har stor betydelse som garant för att personens behov och inte teknikutvecklingen får styra. Ett nära samarbete behövs mellan kunniga inom demensområdet, teknikutvecklare och ansvariga på hjälpmedelsföretagen.

7.1 Lättare att utveckla hjälpmedel för kontroll än för att stödja den demenssjuke i sitt dagliga liv

Kan teknologi vara ett stöd i vardagen för personer med demenssjukdom och deras närstående? Åsikterna bland patienter, närstående och berörda yrkesgrupper går isär och trots den starka utvecklingstrenden inom hjälpmedelsområdet finns få utvärderingar av hjälpmedelsanvändning bland personer med demenssjukdom.

Demenssjukdomen begränsar den sjukes möjligheter att själv använda hjälpmedel. För att en person med demenssjukdom själv ska kunna förändra sitt sätt att klara av dagliga aktiviteter t.ex. med hjälp av hjälpmedel i hushållet krävs bibehållen kognitiv och s.k. processförmåga. Demenssjukdomen innebär redan i tidigt stadium starkt begränsade möjligheter för den sjuke att använda hjälpmedel. Många hjälpmedel kräver förmåga till nyinlärning och symboliskt tänkande som kan utgöra avgörande hinder för personer med demenssjukdom, förutom att många helt enkelt glömmer bort att använda hjälpmedlet. Hjälpmedlet kan alltså oftast inte ersätta stöd av en annan person.

Det finns däremot långt fler möjligheter för närstående att använda hjälpmedel i vården och på så sätt underlätta för den sjuke att bo kvar hemma. Den teknologi som framför allt finns idag riktar sig till omgivningen och är utvecklad för att förhindra olycksfall och underlätta för närstående och vårdare. Det finns få hjälpmedel framtagna för att underlätta för en person med demenssjukdom i dennes aktiviteter¹.

7.2 Utvecklingen inom hjälpmedelsområdet

7.2.1 EU-projekt om hjälpmedel för demenssjuka

ENABLE² var ett EU-projekt under åren 2001 till 2004 där Storbritannien, Irland, Lettland, Finland och Norge samarbetade i syfte att undersöka om teknologi kan hjälpa personer med demenssjukdom utifrån filosofin att teknologi kan ge dessa en möjlighet att kompensera nedsatta förmågor och färdigheter. Man har sett positiva effekter av t.ex. elektroniska kalendrar som markerar dag och natt; automatiska lampor som tänds och släcker när personen går upp ur sängen; automatisk avstängning av vattenkranar när vattnet når viss nivå; automatisk avstängning av spis samt bildgrammofoner från vilka personerna kan lyssna på sin favoritmusik.

7.2.2 Hjälpmedelsinstitutets (HI) projekt "Teknik och demens"

Projektet³ startade 2003 och ska under tre år arbeta för att öka användningen av teknik för personer med demens. För att visa teknik som finns och hur den fungerar i sitt sammanhang har HI inrättat Smart Lab, en demonstrationslägenhet för utveckling av ett tryggare boende. Funktioner som man nu kan demonstrera är bl.a. att med fjärrkontroller av olika slag tända och släcka belysning, dra för och från gardin samt låsa upp och låsa ytterdörr.

Systemet känner också av olika funktioner och tillstånd som t.ex. om belysningen är tänd, om ytterdörren är öppen eller om vattnet rinner i köket.

¹ Rapport 19 i projektet Äldre och Folkhälsa, Nygård (2000).

² www.enableproject.org.

³ Projektledare Ingela Månsson, Hjälpmedelsinstitutet, www.hi.se.

I SmartLab finns också ett trygghetssystem för närstående som är tänkt att användas i hemsjukvården av en man eller en kvinna vars partner drabbats av demenssjukdom eller av ett annat funktionshinder. Den klockliknande vibratorn fästs på handleden. En rörelsevakt startar pulserande vibrationer om den som vårdas är på väg ut eller lämnar sängen. Systemet innehåller bl.a. klocka, rörelsevakt, kuddvibrator och laddare. Det behöver inte några avancerade installationer och kan flyttas och tas med på resan.

7.2.3 Karolinska Institutet utvärderar nytt system för kognitivt stöd

Det har utvecklats ett nytt IT-baserat system och en metod för kognitivt stöd för t.ex. personer med demenssjukdom. Stödet till brukaren ges genom inspelat tal, talsyntes, text, bilder eller på annat sätt som är lämpligt för brukaren. Systemet kan bl.a. användas till att anpassa den fysiska miljön runt brukaren till dennes behov, omgivningskontroll och som ett trygghets- och säkerhetssystem där meddelanden och larm kan skickas till närstående eller vårdgivare för att varna när brukaren är i en ovan eller farlig situation.

Sektionen för arbetsterapi vid Karolinska Institutet arbetar sedan hösten 2004 med att undersöka hur systemet kan användas för människor som har nedsatt kognitiv förmåga, t.ex. vid olika hjärnskador och vid demenssjukdom. Diskussioner om systemets användning och etiska frågor i sammanhanget ingår i utbildningen av nya arbetsterapeuter⁴.

7.3 Oklart om kostnadsansvar för hjälpmedel

Sjukvårdshuvudmännen är skyldiga att tillhandahålla hjälpmedel enligt hälso- och sjukvårdslagen. Kommunernas skyldighet gäller särskilt boende och hemsjukvård i ordinärt boende när kommunen är huvudman. Resten ansvarar landstingen för. I praktiken ansvarar landstingen för hjälpmedel för syn, hörsel och ortopedi medan ansvaret för kognitiva hjälpmedel och hjälpmedel för rörelsehindrade är delat mellan huvudmännen.

⁴ www.neurotec.ki.se.

Samhällets kostnader för hjälpmedelsverksamheten beräknas uppgå till minst 6 miljarder kronor årligen. Äldre personer står för minst 70 procent av hjälpmedelsanvändningen.

Situationen med två huvudmän, brukare och närstående samt tre lagar (SoL, HSL och lagen om bostadsanpassning) innebär att det finns utrymme för olika tolkningar och praxis.

En rapport⁵ från Hjälpmedelsinstitutet visar att det finns stora skillnader mellan huvudmännen både när det gäller vilka hjälpmedel som erbjuds och avgifternas storlek. Exempelvis kan utprovning av hörapparat vara kostnadsfri i ett landsting, men kosta 500 kronor i ett annat. I något landsting får många patienter betala sin rullator själv, medan den i andra landsting är avgiftsfri. Dessutom framgår att allt fler åtgärder blir avgiftsbelagda och att många av avgifterna inte ingår i högkostnadsskyddet.

Många huvudmän har på senare år infört egenansvar för hjälpmedel. Det betyder att patienten själv får köpa produkter som finns i allmän handel eller som normalt finns i alla hushåll. Landstinget eller kommunen betalar bara sådana hjälpmedel som kräver medicinsk kompetens för att prova ut och anpassa, eller som inte finns allmänt tillgängliga.

Enligt rapporten måste många aspekter diskuteras: Hur kan reglerna för hjälpmedel bli mer enhetliga? Hur stora skillnader är acceptabla? Vilka slags hjälpmedel kan betraktas som egenvård och vad bör samhället stå för? Hur bör vi se på hjälpmedel i relation till andra samhällsinsatser både ur ett individuellt och ur ett samhälls-ekonomiskt perspektiv?

7.4 Teknologiska hjälpmedel och etik

7.4.1 Samtycker personen med demenssjukdom till teknologin?

Vem har egentligen nytta av teknologin? Det är oftare omgivningen än personen med demenssjukdom. Oroliga närstående kan vara intresserade och hjälpta av ett larm liksom företaget som tillverkar och vill sälja sådana. Hur kan vi veta att personen med demenssjukdom samtycker till teknologin? Samtycket ska vara frivilligt och personen ska få tillräckligt med information för att

⁵ Förändringar av landstingens och kommunernas regelverk och förskrivning av hjälpmedel, Hjälpmedelsinstitutet 2005.

kunna besluta. För personer med demenssjukdom måste det alltid finnas balans mellan ”påtvungad” vård och egna val och beslut. Det finns t.ex. personer som föredrar ett passivt larm istället för att personal kommer in i sovrummet och tittar till flera gånger under natten. Å andra sidan kan inte ett larm torka tårar eller hålla en hand.

Är säkerhet viktigare än privatliv, eget val och värdighet? Viss teknologi kan inskränka på det privata livet och den mänskliga rätten till frihet och det är viktigt att diskutera dessa frågor i varje enskilt fall.

Teknologi måste också vara en del i en individuell vårdplan och får aldrig ses som isolerad företeelse och får inte heller användas bara för att den finns tillgänglig och är enkel att ta till. Därför är det viktigt att utreda personer i ett tidigt skede av demenssjukdomen. Det ökar möjligheten att få personens eget medgivande till att använda teknologiska lösningar⁶.

7.4.2 Hur förändras samhällets syn på integritet?

Hela samhället och alla medborgare blir alltmer övervakade. Antalet övervakningskameror i butiker, taxibilar, nöjeslokaler och på offentliga platser liksom möjligheterna för polis och andra myndigheter att registrera telefonsamtal, e-post, användning av internet m.m. har ökat påtagligt de senaste åren. Sett i det utvecklingsperspektivet – hur allvarlig integritetskränkning är ett rörelselarm eller en sändare för pejling inom demensvården?

Kulturella skillnader finns också. Så t.ex. är synen på övervakningskameror på sjukhem för personer med demens olika i Sverige och Japan. I Sverige har övervakningskameror ansetts kränka integriteten. Här anser vi att den fysiska närvaron av personal aldrig kan ersättas med teknik. I Japan bedrivs forskning med övervakningssystem av äldre i hemmiljö och det tas fram allt fler produkter. Japanska staten ger bidrag till utvecklingen av sådana produkter och industrin växer.

⁶ Technology is the shape of the future, Mary Marshall, Journal of Dementia Care. June/July 1995.

8 Värdegrund och etiska utgångspunkter

8.1 Värdegrund i lagstiftningen

I socialtjänstlagen (SoL) uttrycks människovärdet genom begrepp som självbestämmande och integritet, jämlikhet i levnadsvillkor och trygghet.

I 2 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) står det att

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

I lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) anges bl.a. att lagen ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet, att målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra samt att verksamheten ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.

8.2 Demensvård har hög prioritet

År 1997 beslutade riksdagen om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården¹ som är baserade på tre grundläggande principer – människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa principer, som infördes i hälso- och sjukvårdslagen, har kommit att kallas den etiska plattformen. Riktlinjerna exemplifieras med fyra breda prioriteringsgrupper i fallande skala.

Personer med demenssjukdomar har en kronisk sjukdom som förkortar livet. Dessutom ger demenssjukdomen en nedsatt autonomi och beroende av andra. Det gör att personer med demenssjukdomar uppfyller alla kriterier som gäller för prioriteringsgrupp 1.

¹ Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, proposition 1996/97:60.

Detta gäller oavsett var vården ges, på sjukhus, i särskilt boende eller i det egna hemmet.

8.3 Etik, val och konflikter

Etik kan avgränsas och beskrivas på olika sätt. En utgångspunkt kan vara konflikter mellan värderingar, principer, intressen eller rättigheter som allmänt i vår kultur betraktas som moraliska eller etiska. Oavsett vad man anser i specifika etiskt kontroversiella problem, väcker kränkningar av andra människors integritet, orättvis behandling, diskriminering och stigmatisering etiska frågor. Vidare måste man skilja mellan etik och moral. Medan en individs eller grupps moral visar sig i vad de gör eller underlåter att göra, är etiken moralens teori i den meningen att man i etiken analyserar, tolkar, kritiskt granskar och systematiserar de argument eller principer som kan anföras för eller emot ett visst handlande i bestämda situationer. Hur förhåller sig etiska frågor till exempelvis rättsliga, psykologiska, medicinska och ekonomiska? Förutsättningarna, kunskapsgrunden och argumenteringen är olika. Hur ser kunskapsgrunden och argumenteringen ut i andra sammanhang? Författningstext och olika rättskällor är utgångspunkten när man diskuterar rättsliga frågor. Psykologiskt vetande bygger på experiment och systematiska observationer. De kan sammanfattas i satser som säger något om hur människor beter sig under olika förhållanden, hur de upplever dessa, och vad som påverkar deras upplevelser. Men om dessa förhållanden och upplevelser är bra eller dåliga sägs ingenting. Medicinska frågor gäller i första hand orsak till symptom, och effekter av olika behandlingar. Etik handlar om val och konflikter. Ska ett etiskt problem uppkomma, så måste vi befinna oss i en valsituation där vi kan välja mellan några olika handlingsalternativ. Det måste också finnas en konflikt i den meningen att vi inte kan tillgodose alla intressen, alla värden samtidigt. Vi måste välja och det blir då också en fråga om makt. Vem ska göra valet? Och på vilka grunder ska det göras?²

Vår utgångspunkt när vi ser på en människa med demenssjukdom påverkar de etiska värderingarna. Sätter vi den *organiska hjärnskadan* i fokus tenderar synen att domineras av medicinska värderingar som t.ex. möjligheter till farmakologisk behandling.

² Hermerén, G (2003). Etik: innebörd, problem och metoder. www.vardalinstitutet.net, Tematiska rum.

Om ett mer *personinriktat* synsätt dominerar kommer frågorna om autonomi, liksom livshistorien och tidigare ställningstaganden hos individen att väga tungt. Om däremot människans roll som social varelse dominerar vårt synsätt, kommer värderingar om demenssjukdomens betydelse för närstående, vårdare och samhället att bli tydliga. Om tonvikt läggs vid *existentiella frågor* blir mänskliga rättigheter centrala. Är en person med demenssjukdom fortfarande ett socialt jag?³

8.4 Referat av två fall i etikrådet

Socialstyrelsen har utsett ett etikråd⁴ för socialtjänsten sammansatt av praktiker och forskare som representerar respektive äldre-, handikapp och individ- och familjeomsorgerna. Etikrådet diskuterar och analyserar olika frågor som personal och professionella skickat in. Rådet ger inga anvisningar och rekommenderar heller inte det bästa tillvägagångssättet. Däremot ger rådet förslag på hur diskussionen kan föras och klargör vilka värden och normer olika handlingsalternativ representerar.

Socialstyrelsens etikråd har diskuterat och dokumenterat två exempel som belyser och analyserar några av de problemställningar jag har att ta ställning till i mitt uppdrag. Det ena exemplet handlar om en man som medicineras med tvång och det andra om en kvinna i ett särskilt boende som flyttas mot sin och sina närståendes vilja. Jag återger här etikrådets behandling av exemplen i sin helhet.

8.4.1 Att lura en vårdtagare

En dement gammal man i ett äldreboende vill inte ta sina tabletter utan spottar regelbundet ut dem. Personalen är mycket bekymrad. Han måste ju ha sin medicin. Utan medicinen blir mannen väldigt aggressiv och olycklig. För att vara säkra på att han verkligen får i sig medicinen smular personalen ned den i saftsoppa eller annan mat som han tycker om och det fungerar utmärkt.

³ SBU 2006.

⁴ www.socialstyrelsen.se/etik.

Personalens etiska dilemma

Personalen vet att det är nödvändigt att den gamle mannen tar sin medicin. Får han inte medicinen mår han dåligt men personalen tycker inte att det känns bra att lura i mannen medicinen.

Några juridiska aspekter

Varje medborgare har gentemot det allmänna ett skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden (2 kap. 6, 8 §§ regeringsformen). Med påtvingat kroppsligt ingrepp avses i första hand våld, men hit hör även läkarundersökningar, smärre ingrepp som vaccinerings och blodprovstagning samt liknande företeelser som går under beteckningen kroppsbesiktning. Inom samma ram torde också ligga att tvinga någon att ta medicin som han eller hon inte vill ha. Även att smyga i upprörda människor lugnande medel i den saft som erbjuds dvs. med list, skulle kunna ses som ett påtvingat kroppsligt ingrepp (SOU 2004:112). Undantag från skyddet mot kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden kan endast föreskrivas i lag och då bara i syfte att tillgodose det ändamål som har föranlett dem. Sådana undantag har gjorts i bl.a. lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och lagen (1991:117) om rättspsykiatrisk undersökning. Dessutom är frihetsberövande tillåtet enligt smittskyddslagen (2004:168), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Av socialtjänstlagen (SoL), liksom lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) framgår att all vård och omsorg ska ges med respekt för den enskildes bestämmanderätt. Ingen av lagarna ger stöd för begränsningar i den personliga rörelsefriheten eller för användning av tvångsåtgärder. Möjligheten att vidta skydds- och begränsningsåtgärder utan vårdtagarens samtycke är alltså mycket begränsade eftersom det inte finns något uttryckligt lagstöd, varken i SoL eller HSL, som ger personalen sådana befogenheter. I avsaknad av en särskild reglering vidtas ibland skydds- och begränsningsåtgärder med motiveringen att de företagits i nöd eller nödvärn och därför varit försvarliga enligt de ansvarsfrihetsgrundande bestämmelserna i 24 kap. 1 och 4 §§ BrB. Enligt dessa bestämmelser är det inte

brottsligt att utan den enskildes samtycke handla så att man räddar dennes liv eller hälsa. Eftersom nödbestämmelsen endast är tillämplig i nödsituation kan den inte åberopas till stöd för rutinmässigt återkommande åtgärder och får endast vara av tillfällig art. Bestämmelserna är inte avsedda att utgöra rättsgrund för beslut om den dagliga vården och omsorgen.

Det pågår även en utredning om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga (direktiv 2005:11). Enligt direktiven ska utredaren överväga om det finns behov av att införa bestämmelser om skydds- och eller tvångsåtgärder inom vården och omsorgen av äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga främst till följd av en demenssjukdom. Som exempel på en sådan åtgärd som utredaren ska ta ställning till nämns att mediciner blandas i mat och dryck mot den enskildes vilja.

En norsk studie som omfattade 2 300 personer på olika institutioner för äldre visade att 69 procent hade varit utsatta för förhållanden som begränsade deras rättigheter/friheter under en viss mätperiod. En av de vanligaste tvångsåtgärderna var tillsättning av medicin i mat och dryck utan personens vetande och vilja (Makt och avmakt 2002: Nasjonalt kompetanssenter for aldersdemens). Samma år lade norska socialdepartementet fram ett förslag till lag om i vilka situationer och under vilka förhållanden en tvångsåtgärd får användas i vården av personer med demenssjukdom (Lov om rettigheter for og begrænsning og kontroll med bruk av tvang m.v. overfor personer med demens – Hoeringsnotariat). Förslaget väckte stor debatt och flera remissinstanser var kritiska. En omarbetning av förslaget pågår därför.

I Norge har man en lagstiftning när det gäller utvecklingsstörda, som föreskriver att innan en tvångsåtgärd genomförs ska alla andra frivilliga sätt ha prövats och uteslutits. Det visar sig att tvånget i vården har minskat efter det att denna lagstiftning trädde ikraft.

I Danmark finns det en lagstiftning som ger möjligheter att t.ex. flytta personer inom äldreboende och att flytta in personer till äldreboenden mot deras önskan. Det förutsätter att personen har nedsatt autonomi och att det har utsetts en ställföreträdare som kan säga att det här hade personen önskat om personen varit vid sina sinnens fulla bruk.

Etikrådets diskussion

Om man bortser från lagstiftningen om tvångsvård och nödsituationer krävs det att den enskilde samtycker till alla åtgärder som vidtas inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Enligt lagstiftningen är det inte tillåtet att mot en persons uttryckliga vilja lura i medicinen. Den här typen av ”vardagstvång” som görs i gott syfte men som strider mot lagen har länge uppmärksamats och diskuterats.

Vi vet i Sverige idag inte hur vanligt det är att tvång används i vården och omsorgen om äldre människor. Men mycket talar för att det förekommer i särskilda boendeformer för äldre. Bl.a. har studenter som gjort sin praktik på äldreboenden i uppsatser beskrivit olika varianter av sätt att få i personer medicin. Även handledare inom vården har konstaterat att nyanställd personal får lära sig att lura i äldre medicinen.

Prövat andra alternativ?

Det ligger en fara i om den här typen av metoder utvecklas inom äldreomsorgen, att det blir ett arbetsmoment som ny personal och som praktikanter får lära sig. Det är olyckligt om detta sätt att medicinera blir en tradition, något man inte ifrågasätter eller anstränger sig för att hitta alternativ till. Vilka andra möjligheter har prövats? Har man inrättat den här metoden för just den här mannen? Är personalen beredd att dokumentera att man lägger medicinen i maten?

Man bör rådgöra med anhöriga som kanske har någon idé om hur man får mannen att ta sin medicin. Det är också viktigt att samråda med övrig personal. Någon i personalgruppen har kanske tidigare lyckats förmå mannen att ta medicinen. Någon har kanske en bra relation till mannen och kan tala med honom om detta.

Varför vill mannen inte ta medicinen? Kan det vara så att mannen har svårt för att svälja? Tycker han att medicinen smakar illa? Man kan rådgöra med den läkare som ordinerat medicinen och påtala problemet. Det kanske finns någon alternativ medicin eller möjligt att ta medicinen på annat sätt än oralt i tablettform.

Självbestämmande kontra personers hälsa och välbefinnande

Ska man ge självbestämmandet företräde framför en persons hälsa och välbefinnande? Om medicinen är nödvändig och kanske till och med livsviktig för mannens hälsa och välbefinnande, ska man ändå fästa större avseende vid mannens självbestämmande, även om mannens välfärd skulle äventyras av det? Vilket värde har det självbestämmandet för mannen i förhållande till den skada han kommer att lida om han inte tar medicinen? Här står självbestämmande mot välfärd och båda kan ses som dimensioner av värdighetsbegreppet; det är en konflikt inom värdighetsbegreppet. Man måste bedöma vad som blir bäst för personen och vad effekterna blir av den ena eller andra handlingen.

Vad är alternativet?

Mannen behöver uppenbarligen den här medicinen för att må bra och vad händer om han inte får den? Vårdbiträdet lirkar och gör allt som står i hennes makt för att försöka få mannen att ta medicinen, men han vägrar blankt. Ska hon avstå från att få i mannen medicinen? Kan det vara så att om mannen inte får medicinen blir han sjuk och dör? Kan man i en sådan situation tvinga eller lura i mannen medicinen?

Välfärdspaternalism

I en situation när man gjort bedömningen att en person har nedsatt autonomi och inte själv kan avgöra vad som är bäst för honom, kan det få förödande konsekvenser för hans välfärd om man går honom till mötes. I sådana lägen kan man kanske tillåta en viss form av välfärdspaternalism om det är till gagn för den enskilde. En handling kanske måste utföras mot den enskildes vilja och hans självbestämmande kan inte respekteras. Men handlingen får inte utföras på sådant sätt att den blir plågsam eller elakartad för den enskilde.

Konklusion

Självklart finns det lägen inom vård och omsorg som är så allvarliga eller akuta att man måste ta till tvång. Att göra det utan stöd i lagstiftning är problematiskt.

Vården och omsorgen om äldre får inte ha ett rutinmässigt sätt att behandla människor på utan måste se till individen och pröva att hitta metoder som inte innehåller tvång. En god omsorg är beroende av en god relation mellan den äldre och den som ska hjälpa.

Innan man överväger att göra något mot en sjuk äldre människa ska man ha prövat alla andra möjligheter utan att ha lyckats. Försöken ska inte bara ha gjorts vid ett tillfälle utan måste vara något som man regelbundet gör. Det viktiga är att sträva efter att förändra situationen och på olika sätt försöka få personen att själv gå med på att ta sin medicin. Med det förbehållet bör det, trots att lagstiftningen säger nej, vara möjligt att lirka i personen medicinen om personen inte själv förstår att det är nödvändigt för dennes hälsa och välbefinnande.

Har alla andra möjliga vägar prövats och medicinerna är livsviktiga för mannen så är bedömningen att man kan handla som man gjort i fallet. Även om det strider mot lagstiftningen. Diskussion måste föras om hur man ska lösa situationen och finna andra lämpliga åtgärder. Arbetsledare bör utforma vägledning/riktlinjer för hur personalen ska hantera situationer där de anser sig behöva göra något mot någons vilja.

8.4.2 Kan man flytta en pensionär mot dennes vilja?

Vid ett särskilt boende för äldre med 43 platser finns Inga-Lill på en avdelning med tio pensionärer. Inga-Lill lider sedan många år av psykiskt sjukdom och medicineras. Hon är vårdkrävande med ett utagerande beteende som bl.a. tar sig uttryck i att hon slänger sig ner på golvet och hon har också kastat glas på en vikarie. Personalen på äldreboendet uppfattar att Inga-Lill agerar medvetet och vill provocera.

Sedan en tid har Inga-Lill fått en ny granne i rummet bredvid, Birgitta, som har reumatism och som börjar utveckla demens. Inga-Lill gillar inte Birgitta och går in i hennes rum och rumsterar om och rör runt i lådor. Detta beteende är enligt personalen medvetet och kan inte skyllas på hennes psykiska sjukdom. Birgitta tycker

förstås att detta är störande och de två kvinnorna har hamnat i konflikt med varandra. Birgitta hamnar i affekt av Inga-Lills provokationer och slår med käppen där hon kommer åt på Inga-Lill. Vid ett tillfälle misshandlade Birgitta med sin käpp Inga-Lill varvid skinnet sprack på hennes arm och axel. Birgitta har även vid flera tillfällen kastat glas med vatten på Inga-Lill. Inga-Lill å sin sida, kör ideligen sin rollator hårt in i Birgittas dörr.

Personalen vid äldreboendet är eniga om att det bästa vore att flytta på Birgitta till ett rum längre ner i korridoren så att de två kvinnorna kommer en bit ifrån varandra. Personalen vill inte flytta på Inga-Lill eftersom de bedömer att det troligen skulle medföra en försämring av hennes psykiska tillstånd. Birgitta vill dock inte flytta och hennes anhöriga stödjer henne i detta. De säger sig uppfatta en flyttning av Birgitta som ett straff för att hon misshandlat Inga-Lill.

Personalens etiska dilemma

Ska personalen försöka övertala Birgitta och få hennes anhöriga med på att hon flyttar? Hennes anhöriga är helt emot en flyttning som de uppfattar som vara ett straff. Kan/bör/ska man polisanmäla Birgitta för misshandel?

Några juridiska aspekter

En grundläggande fråga att ta ställning till är om boendet har hyresrättslig karaktär eller inte. Om hyreslagen är tillämplig på boendet gäller reglerna om besittningsskydd i 12 kap. 46 § JB. En hyresgäst kan bli uppsagd när vederbörande åsidosatt sina förpliktelser såsom hyresgäst t.ex. genom att uppträda störande.

Av socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen framgår att all vård och omsorg ska ges med respekt för den enskildes bestämmanderätt. En grundläggande princip inom hälso- och sjukvården är att vård och behandling ska ges med patientens informerade samtycke. Detsamma gäller inom socialtjänsten, där alla vård- och omsorgsinsatser ska ges med den enskildes uttryckliga samtycke. Insatser får inte vidtas eller utformas ”över huvudet” på den enskilde. Socialtjänstens åtgärder på det område som ligger utanför tvångslagarna förutsätter således att den det gäller både är informe-

rad om och ”med på” vad som ska ske. Grundläggande är att slå vakt om personens självbestämmande, integritet och värdighet.

Möjligheten att vidta skydds- och begränsningsåtgärder utan vårdtagarens uttryckliga samtycke är begränsade eftersom det inte finns något uttryckligt lagstöd, varken i SoL eller HSL, som ger personalen sådana befogenheter. I avsaknad av en särskild reglering vidtas skyddsåtgärder med inslag av frihetsinskränkning istället. Hänvisning görs till att åtgärderna varit motiverade från vårdsynpunkt för att möjliggöra aktivering/rehabilitering eller för att de företagits i nöd eller nödvärn och därför varit försvarliga enligt de ansvarsfrihetsgrundande bestämmelserna i 24 kap. 1 och 4 §§ BrB. Enligt dessa bestämmelser är det inte brottsligt att utan den enskildes samtycke handla så att man räddar dennes liv eller hälsa. Eftersom nödbestämmelsen endast är tillämplig i nödsituation kan den inte åberopas till stöd för rutinmässigt återkommande åtgärder och får endast vara av tillfällig art.

Enligt 14 kap. 2 § tredje stycket sekretesslagen (SkrL) hindrar inte sekretessen i 7 kap. 1 och 4 §§ SoL att uppgift som angår misstanke om brott för vilket inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i två år lämnas till åklagarmyndighet eller polismyndighet. Det gäller t.ex. mord, dråp, våldtäkt, grovt rån, mordbrand och grovt narkotikabrott. Det torde alltså inte vara möjligt att, utan samtycke, anmäla misshandeln av Inga-Lill till polisen eftersom det då kan vara fråga om ett brott mot sekretessen.

Det pågår en utredning om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga (direktiv 2005:11). Enligt direktiven ska utredaren överväga om det finns behov av att införa bestämmelser om skydds- och eller tvångsåtgärder inom vården och omsorgen av äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga främst till följd av demenssjukdom.

Etikrådets diskussion

Vid de flesta särskilda boenden för äldre upprättas hyreskontrakt förutom vid de boenden som har flerbäddsrums. Ett hyreskontrakt vid ett äldreboende ger samma besittningsskydd som för vilken hyresrättsinnehavare som helst med det undantaget att man inte har rätt att lämna över lägenheten till sina barn eller byta den. Enligt hyreslagen går det att säga upp en hyresrätt när vederbörande har åsidosatt sina förpliktelser såsom hyresgäst t.ex.

genom att uppträda störande. Det framgår vidare av hyreslagen att en hyresgäst är skyldig att se till att övriga boende inte utsätts för störningar i alltför stor omfattning.

Integritet och självbestämmande

Utifrån ett vårdperspektiv har de boende rätt att kräva respekt för sin integritet och skydd för liv och hälsa. Detta att dörren står öppen möjliggör att Inga-Lill kan gå in i Birgittas rum och stöka runt i hennes lådor. Det borde vara möjligt för Birgitta att själv låsa sin dörr. Är det så att hon inte kan hantera ett lås från insidan kan man lösa det med ett s.k. hotellrumslås som gör det möjligt att öppna inifrån genom att trycka ner handtaget men som är låst utifrån.

I den här boendeformen riskerar människor, som inte själva har valt varandra, att tvingas bo tillsammans. Hur ska man kunna garantera enskildas säkerhet i de gemensamma lokalerna, om det bor dementa och psykiskt sjuka personer med svåra sjukdomstillstånd som kan innefatta att de ibland blir våldsamma? Hur ska man hantera dessa situationer? Hur stor hänsyn ska man ta till de äldres autonomi och integritet? Kan det vara så att i vissa situationer kan personalen inte helt respektera de äldres självbestämmande även om de alltid ska sträva efter det?

Kan det vara så att rätten till integritet och under vissa omständigheter, i en viss period i livet, inte kan jämföras med de krav som ställs på integritet under andra perioder i livet? Kan det möjligen vara så att integriteten och självbestämmandet ska respekteras utifrån de speciella villkor som råder? Kan man villkora integriteten och självbestämmandet utifrån den beslutskapacitet som individen har?

Vårdsituationen

Händelserna har uppkommit i en vårdsituation som personalen måste lösa och det är inte primärt en polissak. I vårdkonceptet ingår att undvika att de boende skadar varandra, både fysiskt och psykiskt. Personalen kan försöka tala med Inga-Lill och Birgitta (och Birgittas anhöriga) om det inträffade och informera om att det faktiskt är brottsliga handlingar som de båda har begått (hem-

fridsbrott och misshandel). Att informera kvinnorna om detta kan stärka argumentationen gentemot de anhöriga att situationen måste lösas för båda kvinnornas skull och att få Birgitta (och hennes anhöriga) att gå med på att Birgitta flyttar. Personalen kan också göra klart för kvinnorna att de båda har handlat fel och att det inte är tänkt som ett straff att flytta Birgitta, utan det är för att Inga-Lill har medicinska skäl till att bo kvar och en flyttning skulle försämra hennes tillstånd.

Vilka negativa konsekvenser kan det få att inte bryta den uppkomna situationen? En konsekvens är att de här kvinnorna fortsätter att skada varandra. En annan är att konflikten tar mycket tid och kraft från personalen som de andra äldre på boendet kan behöva få del av. Sammantaget innebär det ganska mycket negativt om man låter situationen fortgå och inte gör något åt den.

Personal som arbetar inom äldreomsorgen har sällan handledning och ges inte ofta möjlighet att i grupp reflektera över sitt arbete och handlande. Med möjligheten till reflektion och eftertanke över det egna agerandet och över den vård och omsorg som bedrivs, utvecklas arbetet och kan också fungera förebyggande för situationer liknande den här uppkomna. Att personalen i detta äldreboende ändå tycks ha ägnat detta problem tid och diskussion kan även innebära att de har en betydligt större beredskap för om/när liknande konflikter dyker upp.

Polisanmäla?

Om Inga-Lill vill polisanmäla Birgitta står det henne fritt att göra det men personalens uppgift är knappast att aktivt medverka till detta. Båda kvinnorna förefaller ha stora vårdbehov och personalen ska fortsättningsvis ha en god relation till de båda kvinnorna. Kvinnorna har försatts, eller försatt sig, i en situation som de inte behärskar; den ena provocerar och den andre blir desperat och hamnar i affekt och slår. Den situation som skapat det läget, är den situation som ska undanröjas genom att bedöma vad som ur vårdsynpunkt är bäst för kvinnorna.

En polisanmälan av Birgitta skulle kunna innebära en upprättelse för brottsoffret, Inga-Lill. Ofta talar man bara om att gärningsmännen är sjuka och därför inte kan lastas, men vi har också ett brottsoffer som har blivit utsatt för något. Man kan fråga sig om det egentligen är någon skillnad att bli utsatt för misshandel ute på

gatan av någon eller bli slagen av någon på ett äldreboende. Ett äldreboende ska inte vara en frizon där övergrepp kan ske och där de gängse rutinerna för sådana åsidosätts.

Konklusion

Är det möjligt för personalen att finna en väg för kvinnorna ur konflikten? Går det att tala med Birgitta och hennes anhöriga och med Inga-Lill om att kvinnorna faktiskt har gjort sig skyldiga till felaktiga handlingar och få dem att upphöra med kränkningarna så vore detta förstås den bästa lösningen. Det verkar emellertid inte troligt. Konflikten måste lösas mellan kvinnorna och ingen ska se lösningen som ett straff utan som en möjlighet att lösa ett låst läge som ingen trivs i.

Den näst bästa lösningen är att övertala Birgitta och hennes anhöriga om att Birgitta ska flytta. Det finns åtminstone tre skäl till varför Birgitta ska flytta; för det första kan man göra en prognos som kommer fram till att det skulle vara värre för Inga-Lill att flytta på grund av hennes medicinska problematik, för det andra kom Birgitta till äldreboendet efter Inga-Lill, och för det tredje är Birgittas förseelse betydligt mera allvarlig.

9 Demensvård – utveckling, mål, organisation, resurser

9.1 Förändrade förutsättningar

Jämfört med situationen när socialberedningen uppmärksammade problemet med bristande rättsskydd för personer med demenssjukdom i början av 1980-talet har de ideologiska och organisatoriska förutsättningarna för vården av personer med demenssjukdom förändrats.

I början av 1980-talet fanns de allra flesta personer med svårare demenssjukdom inom landstingen, antingen på mentalsjukhus eller inom den somatiska långvården. Antalet personer med demenssjukdom (eller senildementa) inom psykiatrin uppskattades 1979 till cirka 6 000 personer och 1982 till cirka 4 700 personer. Vissa sjukhus/kliniker hade ett stort antal demenspatienter inskrivna med stöd av LSPV, den psykiatriska tvångslag som föregick dagens lagstiftning (LPT).

Personer med demenssjukdom var sjukhuspatienter i landstingets eller kommunens vårdinrättningar och placerades oftast i flerbäddsrum. Uppdelningen på två huvudmän och flera olika verksamheter innebar stora möjligheter att försöka föra över ”tunga” eller besvärliga patienter till en annan huvudman eller annan verksamhet – möjligheter som också utnyttjades relativt flitigt.

Det pågick också en vårdideologisk debatt om huruvida personer med demenssjukdom vårdades bäst tillsammans med andra äldre sjuka i befintliga vårdformer som t.ex. somatisk långvård, förutsatt att dessa förbättrades, eller om det var bättre att skapa helt nya vårdformer som var speciellt utformade för personer med demenssjukdom.

Nu (2006) finns i princip inga personer med demens inom psykiatrin, vare sig i den slutna eller öppna psykiatriska vården. Psykiatrin har specialiserat sig på personer med ”botbar” psykisk sjukdom och såväl personer med demenssjukdom som personer med utvecklingsstörning liksom personer med psykiska funktions-

hinder, som bedömts medicinskt färdigbehandlade inom psykiatri, har förts över till kommunens socialtjänst i olika omgångar under 1990-talet.

I princip alla personer med svårare demenssjukdomar finns således inom särskilda boenden i kommunal regi. De allra flesta bor i lägenheter med egna kontrakt och är därmed hyresgäster som formellt omfattas av rättigheterna i hyreslagstiftningen.

I och med Ädel- och Psykiatrireformerna har ansvarsgränserna förtydligats och ”rundgången” av patienter har minskat väsentligt. Det uttalade målet för kommunens socialtjänst är att personer med demenssjukdom ska få stöd och vård i sitt hem för att så länge som möjligt kunna bo kvar hemma.

Det tycks också råda uppslutning kring inriktningen att skapa nya vårdformer som är speciellt utformade för personer med demenssjukdom och kommunerna inrättar eller bygger ut sådana i takt med tillgängliga resurser. Samtidigt sker en neddragning eller avveckling av vårdplatser på geriatriska kliniker i många landsting.

9.2 Mål och inriktning

Demensarbetsgruppen formulerade följande mål och inriktning¹ för demensvården som underlag för sitt arbete och sina slutsatser.

Målen med vård, behandling och omsorg är, att bevara personens mentala funktioner så långt det är möjligt, bibehålla sociala kontakter, lindra sjukdomssymptomen och när det inte längre är möjligt ge tröst och skapa ett så gott liv som möjligt för den sjuke, men också för att stödja och avlösa de närstående.

En person med demenssjukdom behöver hjälp för att klara aktiviteter som inte vållat problem tidigare. För att bibehålla sociala kontakter och ett normalt fungerande liv ska både vården och omsorgen inriktas på att stödja ett normalt boende så långt det är möjligt och önskvärt för den demenssjuke och de närstående. Hjälp i hemmet, hjälpmedel och stimulans i form av dagverksamhet är här viktiga. Stöd till anhöriga är också viktigt för att minska belastningen. När boende i det egna hemmet inte längre är önskvärt eller möjligt ska boende i särskilt boende erbjudas och omvårdnaden där ska dels innehålla tillräckliga stödinsatser och en omvårdnad/omsorg av god kvalitet men också kunna ge ett gott liv och social/andlig/kulturell stimulans.

För att åstadkomma detta krävs att det medicinska omhändertagandet samt omvårdnad och omsorg är riktad mot samma mål. Grunden för omvårdnaden måste vara kunskap om den friska männi-

¹ Ds 2003:47, sidan 51.

skans behov, demenssjukdomarnas symptom och vilka metoder som kan användas för att lindra dessa symptom. En god demensvård bedrivs med både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen som grund och kräver en nära samverkan mellan huvudmännen med mångprofessionellt teamarbete och en gemensam vårdfilosofi och strategier för hur man bemöter och omhändertar de demenssjuka och deras närstående under hela sjukdomsutvecklingen. Ett gott omhändertagande kräver också att den demenssjuke och de närstående får god och tillräcklig information om samhällets möjligheter att ge stöd och att de är delaktiga och har inflytande i vårdplaneringen.

9.3 Vården för personer med demenssjukdom²

Personer med demenssjukdom har som regel behov av insatser från både landsting och kommun under sjukdomsförloppet och en effektiv samverkan mellan dessa huvudmän är, som demensarbetsgruppen anger ovan, en förutsättning för en framgångsrik demensvård. Den kommunala demensvården, hemtjänst och särskilda boenden, är den storleksmässigt dominerande och omfattar cirka 80 procent av den totala samhällskostnaden för demenssjukdomarna som uppskattats till i storleksordningen 38 miljarder kronor år 2000. Samhällets kostnader för demenssjukdomarna, enligt denna uppskattning, är högre än motsvarande sammanlagda kostnader för hjärt- och kärlsjukdomarna samt cancersjukdomarna³.

9.3.1 Vård och omsorg inom socialtjänsten

I ordinärt boende

De allra flesta personer med mild eller måttlig demens bor kvar i sin bostad. Man beräknar att detta gäller mellan 50 000 och 60 000 personer med demenssjukdom.

Var fjärde person eller cirka 15 000 av dessa har en måttlig eller svår demens. Det är numera en allmänt accepterad princip att ge personer med demenssjukdom, liksom äldre personer i allmänhet, möjlighet att bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt. Det gynnar känslan av identitet och integritet. Mycket tyder också på

² Avsnittet bygger i huvudsak på uppgifter ur rapporten På väg mot en god demensvård (DS 2003:47).

³ Demenssjukdomarnas samhällskostnader, Wimo och Jönsson, Äldreuppdraget 2000:14, Socialstyrelsen.

att välkända rum, föremål och rutiner har stor positiv betydelse för personer med demenssjukdom.

Många demenssjuka kan bo kvar hemma därför att de har stöd av släkt, vuxna barn, engagerade grannar. Kommunen stöttar också, vid behov, med hemtjänst, dagverksamhet med sysselsättning, hemsjukvård, hjälpmedel, bostadsanpassning, trygghetslarm, färdtjänst m.m.

Det är ofta avgörande att hemtjänsten kan avpassa insatserna så att de förstärker och stöttar den demenssjukes egna arbetsrutiner och intressen utan att helt ta över ansvar och utförande. Då ökar förutsättningarna för den enskilde att kunna klara det dagliga livet och bo kvar hemma längre. Arbetsterapeuten kan spela en viktig roll genom att kartlägga olika arbetsmoment och instruera den demenssjuke och hemtjänstpersonalen om hur stödet kan utformas på bästa sätt.

Vissa kommuner har organiserat en specialiserad hemtjänst för personer med demenssjukdom, t.ex. genom särskilt utbildade vårdbiträden eller demensteam som bara hjälper personer med demenssjukdom. Det finns resultat från enstaka studier som antyder att denna arbetsform skulle kunna medföra att personer med demenssjukdom kan klara sig längre i eget boende. Mer omfattande och kontrollerade studier behövs dock för att bekräfta detta⁴.

I särskilda boendeformer

Särskilt boende för äldre omfattar många former av boende med särskilt stöd och omvårdnad. Av tradition benämns de ofta servicehus, servicelägenheter, gruppboende, ålderdomshem och sjukhem. Servicehus står då för ett självständigt boende för äldre personer med ett litet omvårdnadsbehov medan sjukhemmet, å andra sidan, står för avancerad medicinsk omvårdnad för äldre med multi-sjukdom. I takt med att äldreomsorgen under senare år generellt prioriterat sina insatser till äldre och sjukare personer har denna indelning förlorat sin relevans och många kommuner kallar nu alla särskilda boenden kort och gott för äldreboenden.

Det som förenar är att boendet är kollektivt eller institutionellt, att det drivs och/eller finansieras av kommunen samt att det krävs en ansökan och ett beslut om bistånd enligt SoL för att få flytta in. Den vanliga standarden är egen lägenhet eller eget rum med bad-

⁴ Särskilda team i hemtjänsten – bättre än vanlig hemtjänst, Rapport 2003:5, Malmö FoU-enhet.

rum. Lägenheten eller rummet upplåts med hyresrätt. Det förekommer också (cirka 6 procent) att bostaden delas med annan än make, maka, sambo.

År 2002 fanns cirka 115 000 platser i särskilt boende för äldre⁵ varav cirka femton procent i servicelägenheter och cirka tjugofem procent i sjukhem. De allra flesta av dessa platser (drygt 78 000 personer) utnyttjades/hyrdes av personer med demenssjukdom varav 23 500 personer i gruppboenden med mindre enheter enbart för demenssjuka och 29 000 personer på sjukhem.

Andelen platser i boenden enbart för personer med demenssjukdom varierar stort mellan kommunerna. Det finns kommuner där alla personer med demenssjukdom får bo "blandat" med andra äldre och det finns kommuner där så gott som alla personer med demenssjukdom och behov av särskilt boende får plats i specialiserade demensboenden eller särskilda demensavdelningar. Det vanligaste är att kommunerna har plats i särskilda demensboenden för mellan tio och tjugoprocent av dem som bedöms ha det behovet.

Det som ska känneteckna ett gruppboende för dementa är främst småskalighet, hemlighet och närhet mellan boende och personal och att stor hänsyn tas till den demenssjukes individuella förutsättningar att klara det dagliga livet. En grundförutsättning är att personalen har utbildning om olika demenssjukdomar och dess konsekvenser för behandling och omvårdnad samt att det finns möjlighet till handledning.

Demensvård i enskild regi

Det finns också särskilt boende för personer med demenssjukdom som drivs i enskild regi via entreprenadavtal eller med tillstånd av länsstyrelsen. Förutsättningen i det senare fallet är ett placeringsbeslut av socialtjänsten i hemkommunen. Hemkommunen har sedan ett ansvar att följa upp att personen får en god vård i enlighet med socialtjänstlagen och avtalet huvudmannen för den enskilda verksamheten. Länsstyrelsen har ansvar för tillsyn av socialtjänsten och Socialstyrelsen för hälso- och sjukvården.

Det saknas uppgifter om hur stor del av demensvården som utförs i enskild regi. För äldreomsorgen i sin helhet uppgår den andel som drivs i enskild regi till cirka 10 procent⁶.

⁵ Demensenkäten 2002 till kommuner och landsting.

⁶ Äldres vård och omsorg i siffror 2005, Socialstyrelsen.

9.3.2 Vård och behandling inom hälso- och sjukvården

Primärvården har kontakt med patienter med demenssjukdom i alla stadier. Personer med misstänkt demens kan söka för utredning både tidigt och sent i sjukdomsförloppet.

Specialistsjukvård för personer med demenssjukdomar finns oftast inom psykiatri och geriatrik. När demensutredningar utförs inom psykiatri har man vanligen också specialistansvar för andra äldrepsykiatriska sjukdomstillstånd med eller utan demens.

Specialistvården är inte sällan kopplad till s.k. minnesmottagningar och utredningarna sker oftast polikliniskt, men i många fall finns också möjligheter till inläggning.

9.4 Yrkesgrupper, ansvar och roller

Jag försöker i detta avsnitt beskriva samverkan och ansvarsgränser inom demensvården utifrån några centrala yrkesroller⁷. Detta för att ge en bakgrund till senare överväganden och förslag om vem eller vilka som bör utreda förutsättningar för och eventuellt besluta om olika tvångs- och begränsningsåtgärder. Beskrivningen utgår från den övergripande ansvars- och rollfördelning för vården och omsorgen om äldre, som demensvården är en del av, som gäller efter Adelreformen. Den innebär att kommunen har ansvar för hälso- och sjukvård i kommunens särskilda boendeformer för äldre och dagverksamheter. Cirka hälften av landets kommuner har dessutom genom avtal med respektive landsting övertagit ansvaret för hälso- och sjukvård för personer som bor i ordinärt boende med hemtjänst.

En grundläggande förutsättning, som bör framhållas i sammanhanget, är att beslut enligt SoL i enskilda ärenden är politiska och fattas antingen direkt av socialnämnd eller motsvarande, av ett utskott till nämnden eller av tjänstemän som fått beslutanderätt delegerad till sig. Besluten är också möjliga att överklaga till förvaltningsdomstol.

Inom hälso- och sjukvården enligt HSL beslutar enskilda läkare och sjuksköterskor m.fl. om vård- och behandlingsinsatser utifrån ett personligt yrkesansvar. Deras beslut är inte möjliga att överklaga.

⁷ Bron mellan två världar. Rapport från en workshop med biståndshandläggare, kommunala sjuksköterskor och sjukhussköterskor. FoU Skåne 2003:1.

Det tvärprofessionella samarbetet spelar en viktig roll i demensvården både när det gäller utredning/diagnos och behandling/omvårdnad. Hjälpmedlet eller själva uttrycket för samverkan ska vara den samordnade vårdplaneringen för enskilda patienter och vårdtagare. Individuella vård- och omsorgsplaner är ett bra verktyg för att planera insatser för personer med demenssjukdom. Om berörda huvudmän och verksamheter utarbetar sådana i samråd ger dessa en god helhetsbild både av den enskildes behov och av vilka insatser som kan erbjudas.

Det förekommer också att olika professioner med demenskunskap samverkar kring personer med demenssjukdom i s.k. demensteam såväl inom kommuner och landsting var för sig som i gemensamma, gränsöverskridande former.

Det är framför allt följande yrkesgrupper⁸ som har nyckelroller i detta samarbete.

9.4.1 Kommunal biståndsbedömare

Begreppet biståndsbedömning inom äldreomsorg hänför sig till socialtjänstlagens ikraftträdande 1982. Därmed skulle även beslut om hemtjänst och särskilt boende relateras till den enskildes behov och förutsättningar i förhållande till ”en skälig levnadsnivå”. Besluten blev möjliga att överklaga och ett tydligt uttryck för myndighetsutövning.

En viktig utgångspunkt för biståndsbedömning i äldreomsorg är inriktningen att konsekvent ta fasta på och stödja ”det friska” hos den enskilde och inte bevilja mer hjälp än nödvändigt med hänsyn till den enskildes egen förmåga och självbestämmande. Det innebär att bedömningarna i hög grad ses som preliminära och att det bör finnas en beredskap för snabba justeringar när förhållandena förändras.

Ursprungligen var det personer med verksamhetsansvar – hemvårdsassistenter, områdeschefer och ålderdomshemsföreståndare – som bedömde behov och beslutade om insatser. Allt fler kommuner har dock valt att organisatoriskt separera själva besluten från verkställigheten av dem och skapat en särskild beslutsfunktion som utövas av s.k. biståndsbedömare (kan också ha andra benämningar).

⁸ Sjukvårdspersonalens yrkesbeteckningar utgår från legitimationer eller skyddas på annat sätt och är lika över landet medan beteckningarna på de kommunala funktionerna och rollerna varierar.

Det motiv för förändringen som kommunerna oftast uppger är omsorg om rättssäkerheten. Ett annat – ofta uttalat – motiv är att en centralisering av besluten förbättrar förutsättningarna för konsekventa prioriteringar och kostnadskontroll.

Biståndsbedömaren ska skaffa sig en helhetsbild av den demenssjukes situation och funktion (vad den sjuke klarar av), men också av tidigare insatser, sociala nätverk, bostadsförhållanden, dagliga vanor och intressen. Denna bild ska sedan vägas samman med information från andra intressenter som främst närstående och personal inom hälso- och sjukvård till ett beslut om bistånd⁹.

9.4.2 Chefer för särskilda boenden och för insatser i ordinärt boende

Dessa är ytterst ansvariga för den sociala omsorgen och omvårdnaden för personer i särskilda boenden (respektive i ordinärt boende). Men de är också chefer och arbetsledare dels för kommunsjuksköterskorna, som har ett självständigt och personligt yrkesansvar för medicinska insatser, dels för undersköterskorna på de särskilda boendena som kan utföra medicinska uppgifter (lägga om sår m.m.) på delegation av en sjuksköterska.

9.4.3 Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

MAS har en nyckelroll som länk mellan sjukvården och socialtjänsten. Enligt hälso- och sjukvårdslagen måste varje kommun ha en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Enligt Socialstyrelsen¹⁰ bör denne ha vidareutbildning med specialisering till distriktssköterska eller vidareutbildning i geriatrisk eller psykiatrisk vård. Arbetsuppgifterna är till övervägande delen administrativa och MAS är ofta organisatoriskt placerad i anslutning till äldreomsorgens ledningsfunktion.

MAS har ansvar för kvalitet och säkerhet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det innebär att MAS har ansvar att skriva riktlinjer för samt aktivt stödja utvecklingen av kvalitet och säkerhet i äldreboenden. MAS ska också följa upp att riktlinjerna för

⁹ Behov, bedömning och beslut i äldreomsorgen, Socialstyrelsen, SoS rapport 1997:8.

¹⁰ Socialstyrelsens allmänna råd om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård (SOSFS 1997:10).

hälso- och sjukvård i kommunens särskilda boendeformer följs och göra utredningar om det sker avvikelser.

I MAS ansvar för demensvård ingår bl.a. att svara för att det finns rutiner för att kontakta läkare och annan sjukvårdspersonal när patienters tillstånd så kräver. MAS ska också anmäla till den nämnd i kommunen, som ansvarar för demensvården, om en patient drabbas av eller riskerar att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Det är MAS som ansvarar för att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om skyddsåtgärder blir kända och tillämpas samt vid behov förtydligas efter lokala förhållanden i kommunen.

9.4.4 Övriga sjuksköterskor inom demensvård

Sjuksköterskan i kommunen har ansvar för medicinska- och omvårdnadsinsatser upp till och med sjuksköterskenivå. Det kan t.ex. handla om att lägga om sår och ge insulin, men även mer avancerad sjukvård som dropp, sonder, läkemedelspumpar och viss receptföreskrivning. Sjuksköterskan utför medicinska insatser efter ordination från en eller flera läkare som har hand om patienten. Vanligtvis är denne en distriktsläkare i primärvården, men det kan också vara privatpraktiserande läkare samt specialistläkare inom den öppna hälso- och sjukvården.

Undersköterskan svarar för den dagliga och löpande omvårdnaden av personer med demenssjukdom på särskilda boenden men utför också, som framgått, vissa enklare sjukvårdsuppgifter på delegation. Undersköterskornas inriktning och utbildning har förändrats efter Ädelreformen och kommunaliseringen och har nu ett tydligt fokus på social omsorg och hälso- och sjukvård som en helhet.

Distriktsköterskan tillhör landstingets primärvård och ansvarar (på distriktsläkarens ordination) för hemsjukvården i kommuner som inte tagit över den uppgiften.

”*Sjukhusköterskan*” har vårdansvar för en person med demenssjukdom som får vård och behandling på sjukhus. I arbetsuppgiften ligger bl.a. att följa och bedöma patientens omvårdnadsbehov som underlag till läkarens beslut om eventuell utskrivning.

Demenssjuksköterska är en relativt ny specialisering som utvecklats under de senaste 10–15 åren. En demenssjuksköterska kan vara anställd såväl av kommunen som i landstingets primärvård eller

slutna hälso- och sjukvård. Tjänsterna har utformats med stor lokal variation. Det är vanligt att demenssjuksköterskans huvuduppgift är att vara patient- eller omvårdnadsansvarig enligt ovan, men att hon eller han dessutom har särskilt ansvar för att samordna insatser och utbilda kollegor inom demensvården.

Cirka fyrtio procent av kommunerna uppgav år 2002 att man har en eller flera demenssjuksköterskor anställda på hel- eller deltid. Sammantaget i kommuner och landsting fanns då motsvarande knappt 200 heltidsanställningar i landet¹¹. Sedan dess har andelen kommuner som anställt demenssjuksköterskor ökat väsentligt och särskilt bland kommunerna som tagit över ansvaret för hemsjukvården¹².

I flera kommuner finns också *undersköterskor med specialutbildning* i demensvård som har liknande samverkans- och utbildningsuppgifter som demenssjuksköterskorna. Så t.ex. utbildades mellan 1996 och 2001 sammanlagt 34 undersköterskor till Silvia-systrar¹³ vid stiftelsen Silviahemmet. Dessa är verksamma över hela landet som vårdare, handledare och lärare inom klinisk demensvård. Utbildningen har nu tagits upp på nytt.

9.4.5 Verksamhetschef inom hälso- och sjukvården

Inom all hälso- och sjukvård ska det finnas en verksamhetschef¹⁴. Det är vårdgivaren som ansvarar för att en verksamhetschef utses och som sedan representerar vårdgivaren.

Med några undantag (psykiatrisk tvångsvård och isolering enligt smittskyddslagen) finns inga formella krav på verksamhetschefens kompetens. Verksamhetschefen behöver t.ex. inte tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen. Kraven på kompetens ska istället styras av verksamhetens inriktning och omfattning i det enskilda fallet. Utbildning, erfarenhet och personliga egenskaper bör få avgörande betydelse. Merparten av verksamhetscheferna är dock läkare även om andelen sjuksköterskor, psykologer och andra s.k. paramedicinska yrkesgrupper samt administratörer har ökat sin andel under senare år.

¹¹ Demensenkäten 2002.

¹² Anita Asplund, expert i utredningen, har ringt runt till medicinskt ansvariga sjuksköterskor i landet (februari 2006).

¹³ info@silviahemmet.se.

¹⁴ 29 § HSL.

Verksamhetschefen har det samlade ansvaret för verksamheten. Detta omfattar bl.a. det medicinska omhändertagandet av patienten, samverkan och samordning med andra enheter, direktiv och instruktioner som verksamheten kräver samt att det finns kompetent och adekvat utbildad personal.

Verksamhetschefen ansvarar också för att omedelbart underrätta närstående och lämplig myndighet när en patient, som är farlig för sitt eget liv eller för någon annans personliga säkerhet, lämnar eller avser att lämna sjukhuset.

Ett viktigt instrument och hjälpmedel för verksamhetschefen är Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården¹⁵. Enligt denna föreskrift ska vårdgivaren säkerställa att det finns rutiner bl.a. för att

- patientens värdighet och integritet respekteras,
- patienten och närstående informeras och görs delaktiga,
- ange personalens ansvar och befogenheter,
- upprätta planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov,
- klargöra ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser t.ex. överföring av information om enskilda patienter.

9.4.6 Läkare

De flesta läkare med djupare kunskaper om demenssjukdomar är geriatriker, psykiatriker eller allmänläkare. Det saknas dock nationella uppgifter om hur många läkare som har sådan spetskompetens. Läkare kan inte anställas av kommunen, men tre av fyra kommuner har avtal med landstinget om läkarmedverkan i särskilda boenden¹⁶. Läkarens uppgift är att dels genomföra demensutredningar dels stå för en fortlöpande medicinsk bedömning och kontakt med den sjuke och hans eller hennes närstående liksom att fungera som medicinsk konsult för andra berörda personalgrupper.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift¹⁷ är det bara läkare som kan ordinera selar, bälten, brickbord och liknande anordningar för att

¹⁵ SOSFS 2005:12 om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

¹⁶ Demensenkäten 2002.

¹⁷ Socialstyrelsens kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidsvård (SOSFS 1980:87).

förhindra att en patient, som sitter uppe, faller och skadar sig. Jag har vid studiebesök och andra kontakter kunnat konstatera att läkaren i praktiken ofta utfärdar ordinationen om tvångsåtgärden enbart på basis av vad personalen på boendet uppger och utan att själv träffa den aktuella patienten.

9.4.7 Arbetsterapeut

Arbetsterapeuten har en roll både i demensutredningen (bedömer funktionsförmågan) och i den fortsatta vården och behandlingen. Arbetsterapeuten handleder övrig personal i arbetsmetoder för att bevara och aktivera den demenssjukes funktioner och aktiviteter i förhållande till individuella symptom och övriga förutsättningar. Det är oftast arbetsterapeuten som förskriver hjälpmedel.

Om verksamheten, där arbetsterapeuten arbetar, i huvudsak omfattar rehabiliteringsinsatser kan kommunen besluta¹⁸ att MAS:ens ansvar för vissa rutiner och rapporter istället läggs på arbetsterapeuten.

9.4.8 Psykolog

För såväl psykologer som sjukgymnaster finns arbetsuppgifter inom demensvården som är anpassade till deras utbildning och erfarenheter. Psykologer kan bl.a. medverka vid utredning och diagnostik av demenssjukdomen samt handleda och stödja personal i deras komplexa och emotionellt krävande arbetsuppgifter.

9.4.9 Sjukgymnast

Forskning¹⁹ visar att den motoriska funktionen påverkas redan vid en mild grad av demenssjukdom samtidigt som det finns goda exempel på att demenssjuka har nytta och glädje av rörelseträning långt in i sjukdomsprocessen. Sjukgymnaster kan utforma träningsprogram som är anpassade efter olika demenssjuka personers förmåga och symptom. I vissa kommuner har sjukgymnaster fått rätten att förskriva rörelsehjälpmedel som rollatorer, höftskyddsbyxor och halksockor.

¹⁸ HSL 24 § andra stycket.

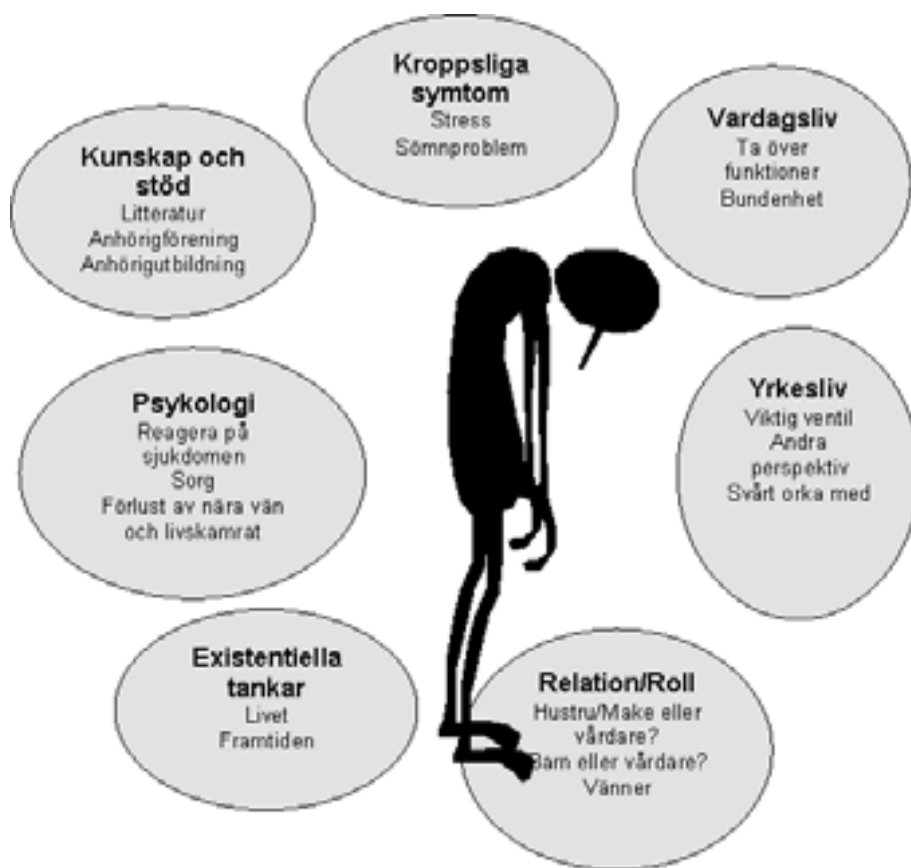
¹⁹ Motor function and cognition, Anna Pettersson, Karolinska Institutet 2005.

9.5 Närståendes roll

Kunskapen om omfattningen av det stöd som närstående ger är fortfarande begränsad, men flera studier tyder på att närstående till personer med demens ger mer än fyra gånger så mycket stöd som den offentliga vården. Den största insatsen görs av makar och/eller döttrar. Bland makar är det lika ofta en kvinna som vårdar sin demenssjuke make som tvärtom. Men en majoritet av de demenssjuka är äldre ensamstående där huvudansvaret ofta faller på döttrarna. Situationen kan vara mest ansträngande vid mild demens. Det sociala livet begränsas liksom möjligheterna att delta i annat familjeliv vilket kan leda till konflikter med andra närstående²⁰. Bilden nedan visar något av den förändring som det innebär att bli närstående till en person med demenssjukdom²¹.

²⁰ Ds 2003:47.

²¹ Källa: Professor Jan Marcusson, Linköpings universitetssjukhus; Vårdalinstitutet; Tematiska rum: Demens.



Stödet till närstående ska inte ges istället för eller på bekostnad av den vård och omsorg som den demenssjuke kan behöva från kommunens äldreomsorg. Tryggheten för närstående ligger i vetskapen om att det finns god vård och omsorg den dag de inte orkar eller vill längre. Närståendes insatser måste alltid vila på frivillig grund²².

De stödformer för närstående som finns i så gott som samtliga kommuner är korttidsboende, dagverksamhet och avlösning i hemmet. Däremot finns tecken på att andra former av stöd som närstående efterfrågar – t.ex. anhörigcirklar, utbildning av anhörigvårdare, enskilda stödsamtal – har minskat jämfört med 2002 när den statliga satsningen Anhörig 300 avslutades²³.

²² Ds 2003:47.

²³ Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2005, Socialstyrelsen.

9.6 Social och medicinsk tillsyn

Statens tillsyn av vården av personer med demenssjukdom är tudelad. Länsstyrelserna har tillsyn över socialtjänstinsatser enligt SoL medan Socialstyrelsen har tillsyn över att hälso- och sjukvård ges enligt bestämmelserna i HSL samt att hälso- och sjukvårdspersonal fullgör sitt arbete i enlighet med LYHS. Utvecklingen under senare år har dock gått mot en ökad samordning av den sociala och medicinska tillsynen, som kommit till uttryck bl.a. som gemensamma regionala och nationella verksamhetstillsyner samt gemensamma tillsynsbesök i vårdverksamheterna.

9.6.1 Länsstyrelsernas tillsyn

Länsstyrelsernas tillsynsansvar regleras av SoL och LSS och omfattar socialnämndens direkta ansvar liksom verksamheter i enskild regi. Tillsyn inom äldreomsorg inklusive demensvård är den dominerande uppgiften för länsstyrelsen vad avser såväl prioritering av resurser för egeninitierad verksamhetstillsyn som andelen inkommande anmälningar om missförhållanden som föranleder individtillsyn. Regeringen beslutade 2003 att ge resurser motsvarande cirka 100 s.k. äldreskyddsombud (varav några till Socialstyrelsen) för att ytterligare öka antalet tillsynsinsatser och utveckla arbetsformerna inom äldreomsorgen.

Några av länsstyrelsernas iakttagelser i tillsyn har direkt bäring på demensvård och relevans för mitt uppdrag. En gäller de problem som uppstår när enskilda personer inte kan föra sin egen talan och det inte finns någon företrädare utsedd. Det kan då ta lång tid att utse en sådan och den enskilde behöver insatser under tiden. Några länsstyrelser rapporterar att olika målgrupper blandas när kommunerna lägger ned särskilda boenden. Så t.ex. bor personer med demenssjukdom tillsammans med dels icke-dementa personer dels med personer med psykiska funktionshinder. Särskilda boenden inryms också i större komplex som innehåller många olika verksamheter. Några nybyggda särskilda boenden för personer med demenssjukdom har blivit mycket stora och har plats för 10–18 personer²⁴.

²⁴ Social tillsyn 2005. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn.

9.6.2 Socialstyrelsens tillsyn av den kommunala hälso- och sjukvården

Det övergripande syftet med Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården är att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Tillsynen fokuserar därmed på säkerheten för patienterna.

Tillsynen utförs av sex regionala tillsynsenheter (RT-enheter) och avser både hälso- och sjukvårdens verksamhet (verksamhets-tillsyn) och hälso- och sjukvårdspersonalen (individtillsyn). Huvuddelen av tillsynsresurserna används för den verksamhetsinriktade tillsynen och en mindre del för den individinriktade tillsynen. Socialstyrelsens tillsyn är både stödjande och granskande.

Tillsynen utgår dels från anmälningar, t.ex. anmälan enligt Lex Maria och anmälan från patienter och närstående, dels från myndighetens egna initiativ. Prioriteringen av de egna initiativen utgår främst från tillsynsavdelningens egna erfarenheter och som stöd har avdelningen sedan cirka tio år tillbaka registrerat samtliga Lex Maria- ärenden i en databas (Riskdatabasen). Denna utgör en viktig informationskälla om risker i hälso- och sjukvården. En annan viktig prioriteringsgrund är verksamhetsområden där patienter med starkt nedsatt autonomi vårdas.

Bland Socialstyrelsens iakttagelser i tillsynen som har relevans för mitt uppdrag kan nämnas sammanställningen av allvarliga skador som inträffat vid användning av sänggrindar (avsnitt 5.1) liksom varningen, baserad på registrerade riskhändelser, för att patientsäkerheten kan riskeras om vårdgivaren har överdrivna förväntningar på funktion och tillförlitlighet hos olika elektroniska larmsystem (avsnitt 5.5).

10 Hur behöver demensvården utvecklas för att förebygga behovet av tvångs- och begränsningsåtgärder?

Demensarbetsgruppen ansåg att följande sexton uppgifter¹, här återgivna något sammanfattade, var de viktigaste att genomföra för att förstärka och utveckla demensvården i Sverige.

1. Inför demensutbildning på samtliga grundutbildningar i vård och omsorg samt fortbildning för berörda yrkesgrupper.
2. Staten och vårdgivarna bör uppmuntra att spetskompetens i demenskunskap utvecklas i alla berörda professioner.
3. Inrätta tjänster för spetskompetens som demenssjuusköterskor eller motsvarande i kommuner och primärvård.
4. Vårdgivarna bör erbjuda handledning till all personal i demensvården.
5. Huvudmännen och staten bör stimulera fortbildning av vårdbiträden och undersköterskor i demenskunskap.
6. Samtliga kommuner och landsting bör i samverkan utveckla gemensamma demensvårdsplaner.
7. Kommuner och landsting bör i samverkan starta och utveckla demensteam.
8. Regeringen bör ge uppdrag till Socialstyrelsen att utveckla vägledning, nationella riktlinjer och/eller kvalitetsindikatorer för demensvården.
9. Staten, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet ska genomföra kvalitetsutveckling i demensvården genom ett kvalitetsprojekt som man gemensamt finansierar.
10. Regeringen bör tillsätta en särskild utredning med uppgift att överväga och ta ställning till om det fordras en särskild lagstiftning som gör det möjligt att vidta tvångsåtgärder.
11. Lokala riktlinjer och handlingsplaner för att undvika begränsningar och tvång bör tas fram i samtliga landsting och kommuner när ny lagstiftning finns på området.

¹ På väg mot en god demensvård, Ds 2003:47, s. 214–216.

12. Klargör och förtydliga ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting när det gäller hjälpmedel.
13. Huvudmännen och staten bör på både nationell och lokal nivå uppmuntra och utveckla samverkan med närstående och frivilligorganisationer.
14. Staten bör genomföra en bred nationell informations- och kompetenssatsning om unga demenssjuka.
15. Staten bör genomföra en nationell satsning på att sprida information om demenssjukdomar på olika invandrar- och minoritetsspråk.
16. Olika forskningsfinansiärer bör ge ökat forskningsstöd till demensområdet.

Jag kan konstatera att ett antal åtgärder har genomförts respektive pågår. Några av dessa har, enligt min bedömning, stor betydelse för att utveckla demensvården så att tvångs- och begränsningsåtgärder kan undvikas så långt möjligt.

Förutom min utredning (punkt 10) som förhoppningsvis kommer att leda fram till lokala riktlinjer och handlingsplaner för att undvika tvång och begränsningar (punkt 11), har staten och Sveriges Kommuner och Landsting initierat ett stort antal kvalitetsprojekt i landet (punkt 9)².

Socialstyrelsen har påbörjat arbetet med nationella riktlinjer för demensvård (punkt 8) som beräknas kunna publiceras under 2008. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) genomför en särskild studie om unga demenssjuka (punkt 14), som kan läggas till grund för en nationell satsning.

Likaså har, som framgått, oklarheterna i ansvarsfördelningen när det gäller hjälpmedel kartlagts i en studie av Hjälpmedelsinstitutet (punkt 12).

De viktiga utbildnings- och kompetensfrågorna (punkterna 1–5) har redan uppmärksamrats bl.a. genom att statliga stimulansbidrag, via den s.k. Kompetensstegen, i stor utsträckning har kommit demensvården till del. I regeringens proposition Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre³, som riksdagen antagit, aviseras ytterligare statligt stöd till utbildning liksom till stöd till närstående till dementa och berörda frivilligorganisationer.

² En Bättre Demensvård är en gemensam satsning från Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialdepartementet med syfte att förbättra demensvården i landet. Arbetet bedrevs enligt den s.k. genombrottsmetodiken och pågick augusti 2003–februari 2006.

³ Regeringens proposition 2005/06:115.

En satsning på utbildning, specialisering och spetskompetens liksom på samverkan mellan olika yrkesgrupper (punkterna 6–7) krävs också för att personer med sviktande minnesfunktioner tidigt ska få möjlighet till en demensutredning och en eventuell diagnos. Detta bedömer jag vara en mycket viktig förutsättning för att en lagstiftning om tvångs- och begränsningsåtgärder ska kunna införas och få avsedda effekter.

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 anført 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 handläggningsfrågor 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 vårdssituation 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 inlärd 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 SBUs systematiska forsknings-sammansättning (avsnitt 1.5). Enligt Socialstyrelsens planering ska de nationella riktlinjerna vara klara under 2008.

⁶ SBUs 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 att 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 slutenvård 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 sluten 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 begränsningsåtgärder som sänggrindar, bälten och brickbord kan tillåtas i ordinarie 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 ordinarie 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 herefter 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 framstår 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 tillstålla 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 tillstålla 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. Härefter 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.

Även 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 anfört 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 som 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 behövligt 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 Handläggningsfrister 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 skyndsamt 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 skyndsamt 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 fullsuttent 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 rättsens 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 anfört, 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 anförts 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 kontaktar 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 försämrans 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 ställningstagande 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 jämsställas 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 anförde 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 underrätta 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 prövningstillstånd 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 förleddes 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 hitillsvarande 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 hemställan 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 hemställan 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 antidepressiva 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 frontallobsdegeneration eller frontallobsdemens, 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 undervarianterna 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- och 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 försämrad 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 sjukets 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 totalförsvarspiktiga. 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. Krediters 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]
Mervärdesskog.
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]