

FÖR VEMS SKULL?

Om tvång och skydd i demensvården



Svenskt Demens Centrum

Förord

Socialdepartementet har gett Svenskt demenscentrum i uppdrag att belysa frågor om tvångs- och skyddsåtgärder inom demensvården. Arbetet har genomförts med olika metoder för att ge en så bred belysning som möjligt. Vår ambition har varit att kunna tillföra mer information till allt som tidigare har utretts i frågan. Upplägget samt den text som formulerats ansvarar Svenskt demenscentrum för.

Projektledaren Lars Sonde har lett arbetet tillsammans med Gunilla Nordberg, Anna-Liisa Suvanto och Sven Erik Wånell. Flera andra medarbetare på Svenskt demenscentrum har deltagit i arbetet och jag vill då särskilt nämna Helle Wijk och Sara Hjulström.

Många är de som visat stort engagemang och som har bidragit med synpunkter och åsikter inom området och vi är tacksamma för den information som därigenom förmedlats.

Särskilt viktiga i arbetet har de personer som från olika professioner och organisationer varit behjälpliga i referensgruppen med sin kunskap, erfarenhet och inte minst klokhets. Jag vill särskilt tacka Ingvar Karlsson, docent, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, Sofia Malander, jurist, Landstinget i Östergötland, Karin Sparring Björkstén, med dr, överläkare, Stockholm, Helena Axestam, utredare, Socialstyrelsen samt Stig Karlsson, docent, Umeå Universitet. Vidare har Ingela Månsson, Hjälpmedelsinstitutet, varit behjälplig i avsnitten om tekniska hjälpmedel och Helena Gustafsson, MAS i Gnesta kommun och ordförande i den nationella MAS-föreningen har hjälpt till med frågor till den elektroniska enkäten.

Jag vill också tacka medarbetare i de nationella kompetenscentren i Norge och Danmark för hjälp liksom de personer som i England kunde bistå med information om sina erfarenheter av ny lagstiftning inom området.

Vår förhoppning är att rapporten ska kunna användas som grund för ett fortsatt arbete med dessa frågor som i sin tur kan leda fram till en lagstiftning som både värnar om och skyddar individen med nedsatt beslutskapacitet och/eller nedsatt rättshandlingsförmåga och oavsett huvudman.

Wilhelmina Hoffman
Svenskt demenscentrum

Innehåll

SAMMANFATTNING	1
INLEDNING	4
SYFTET MED UPPDRAGET	5
UPPDRAGETS FRÅGESTÄLLNINGAR	5
BEGRÄNSNINGAR I UPPDRAGET	5
METOD	7
ARBETSGRUPPEN	7
REFERENSGRUPPEN	7
ENKÄT TILL MEDICINSKT ANSVARIG SJKSKÖTERSKA (MAS)	7
DIALOGSEMINARIER	8
STUDIEBESÖK	9
LITTERATURGENOMGÅNG	9
ÖVRIGA KÄLLOR	10
BAKGRUND	11
HISTORIK	12
STATLIG OFFENTLIG UTREDNING TILLSÄTTS	14
<i>Reaktioner på lagförslaget i SOU 2006:110</i>	15
<i>Exempel på positiva kommentarer i remissvaren</i>	16
<i>Exempel på negativa kommentarer i remissvaren</i>	17
NATIONELLA RIKTLINJER FÖR VÅRD OCH OMSORG VID DEMENSSJUKDOM	18
SOCIALSTYRELSEN UPPHÄVER FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD	18
SVENSKT DEMENSCENTRUM FÅR UPPDRAGET ATT YTTERLIGARE BELYSA OMRÅDET	19
BESTÄMNING AV PERSONKRETSEN	20
DEMENSBEGREPPET	20
HUR BEDÖMER MAN EN PERSONS RÄTTSHANDLINGSFÖRMÅGA?	21
BEHOV AV KLINISKA RIKTLINJER FÖR BEDÖMNING AV RÄTTSHANDLINGSFÖRMÅGA VID DEMENS	22
ALLVARLIG KOGNITIV STÖRNING SOM NYTT BEGREPP	22
VILKA SKULLE OMFATTAS AV BEGREPPET ALLVARLIG KOGNITIV STÖRNING?	23
TVÅNGS- OCH SKYDDSÅTGÄRDER	24
VAD ÄR TVÅNGS- OCH SKYDDSÅTGÄRDER?	24
NEGATIVA EFFEKTER AV TVÅNGS- OCH SKYDDSÅTGÄRDER	24
VILKEN OMFATTNING HAR ÅTGÄRDerna INOM OMRÅDET IDAG?	25
HUR MOTIVERAS ANVÄNDANDET AV TVÅNGS- OCH SKYDDSÅTGÄRDER?	26
VEM "ORDINERAR" TVÅNGS- OCH SKYDDSÅTGÄRDER?	27
KAN TVÅNGS- OCH SKYDDSÅTGÄRDER GRADERAS?	29
METODUTVECKLING, FORSKNING OCH UTBILDNINGSINSATSER	34
SOCIALSTYRELSENS RIKTLINJER	34
INFORMATION FRÅN LANDETS MEDICINSKT ANSVARIGA SJKSKÖTERSKOR	34
UTREDNINGEN	36
KAN NY TEKNIK ÖKA SÄKERHETEN OCH MINSKA TVÅNGET?	37
<i>Sammanfattande överbegrepp kring ny teknik</i>	39
AKTUELL FORSKNING INOM OMRÅDET	41
<i>Studier om boendeformens och/eller organiseringens betydelse och påverkan på användandet av fysiska begränsningsåtgärder</i>	41
<i>Studier om hur utbildningsinterventioner riktade till personal påverkar användandet av fysiska begränsningsåtgärder</i>	43
<i>Studier om gruppboendets fysiska utformning</i>	46

GENOMFÖRDA UTBILDNINGSSATSER I SVERIGE	49
<i>Reflektion och handledning behövs.....</i>	<i>50</i>
ETISKA OCH JURIDISKA ASPEKTER.....	52
ETISKA ASPEKTER NÄR DET GÄLLER TVÅNGS- OCH SKYDDSÅTGÄRDER	52
JURIDISKA ASPEKTER NÄR DET GÄLLER TVÅNGS- OCH SKYDDSÅTGÄRDER	52
VILKEN LAGSTIFTNING EFTERFRÅGAR VERKSAMHETERNA?.....	54
RÄTTSLÄGET OCH ERFARENHETER FRÅN DANMARK, NORGE OCH ENGLAND	57
DANMARK.....	57
<i>Erfarenheter av lagstiftningen i Danmark</i>	<i>58</i>
NORGE	58
<i>Erfarenheter av lagstiftningen i Norge</i>	<i>62</i>
ENGLAND.....	63
<i>Erfarenheter av lagstiftningen i England.....</i>	<i>67</i>
ATT TA BESLUT OCH ÖVERKLAGA BESLUT.....	70
KAN LAGSTIFTNING MINSKA ANVÄNDADET AV TVÅNGS- OCH SKYDDSÅTGÄRDER?	70
<i>Utredningens överväganden</i>	<i>70</i>
<i>Vem ska ansvara för tillsynen?</i>	<i>72</i>
SLUTSATSER	73
BILAGOR.....	78
BILAGA 1. UPPHÄVDA FÖRESKRIFTER OM TVÅNGS- OCH SKYDDSÅTGÄRDER. SOCIALSTYRELSENS MEDDELANDEBLAD Nr 2/2010	78
BILAGA 2. RIKTLINJER FÖR SKYDDSÅTGÄRDER/FRIHETSKRÄNKANDE ÅTGÄRDER I OSBY KOMMUN.....	85
BILAGA 3. EXEMPEL PÅ CHECKLISTA SOM UTREDNINGSHJÄLP VID ÖKAD FALLRISK	90
BILAGA 4. TILLGÄNGLIG TEKNIK SOM KAN ANVÄNDAS FÖR LARM OCH PEJLING	91
BILAGA 5. FÖRSLAG TILL CHECKLISTA VID ANVÄNDADE AV TVÅNGS- OCH SKYDDSÅTGÄRDER – GÄLLANDE PERSONER MED DEMENSSJUKDOM	92

Sammanfattning

Socialdepartementet handlägger frågan om lagstiftning gällande tvångs- och skyddsåtgärder i vården av personer med demenssjukdom. För att få ett ytterligare underlag till arbetet fick Svenskt demenscentrum i uppdrag att ta fram en kunskapsöversikt om, och föra ett resonemang kring, balansen mellan å ena sidan nödvändiga skyddsåtgärder som en del av god omvårdnad, och å andra sidan respekten för den enskildes integritet. I uppdraget ingick även att kartlägga omfattningen av skydds- och tvångsåtgärder inom omvårdnaden idag och vem som ordinerar och vad som kan göras för att minska behovet av sådana åtgärder, samt vilka utvecklingsinsatser som görs. En viktig del i uppdraget var att titta på hur andra länder resonerar kring lagstiftning och vilka erfarenheter man där har av genomförda lagförändringar.

Data och information hämtades in på olika sätt; En litteratursökning har genomförts liksom analys av aktuell forskning inom området. Diskussioner har förts med särskilt utvalda referenspersoner som också bidragit till texten. Studiebesök och intervjuer har skett med sakkunniga i Danmark, Norge och England. En enkät har sänts till landets Medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna. Några seminarier har genomförts där sakkunniga och verksamhetspersoner diskuterat olika frågeställningar relaterade till problemområdet.

I rapporten tas flera områden upp som på olika sätt påverkar en kommande lagstiftning. De olika avsnitten tar upp: Bestämning av personkretsen, vad som kan räknas som tvångs- och skyddsåtgärder, metodutveckling inom område samt forskning och utbildningsinsatser. Även etiska och juridiska aspekter samt behovet av lagstiftning inklusive erfarenheter från andra länder redovisas.

I uppdraget från Socialdepartementet skulle fokus ligga på skyddsbehovet hos gruppen personer med demenssjukdom. Arbetet har dock visat att detta inte är en möjlig avgränsning av den målgrupp för vilken en lagstiftning om tvångs- eller skyddsåtgärder kan bli aktuell. Avgörande är om personen har rättskapacitet, dvs. kan bedöma sin egen situation och fatta adekvata beslut. Personer med en diagnostiserad demenssjukdom kan ha denna kapacitet, ständigt eller tillfälligt. Samtidigt kan personer som inte har en demenssjukdom, eller som saknar demensdiagnos sakna rättskapacitet. Målgruppen kan således inte definieras efter en viss diagnos. I rapporten föreslås att begreppet allvarlig kognitiv störning används och att kriterier tas fram som underlag för den som ska bedöma detta.

I rapporten föreslås en gradering av hur mycket olika åtgärder påverkar individen ur integritetssynpunkt. En sådan gradering kan tjäna som vägledning för hur och när beslut ska fattas och hur samtycke ska bedömas. För de mest ingripande åtgärderna (som görs mot den enskildes vilja), som flytt till särskilt boende, inlåsning, användning av bälte eller videoövervakning bör ett överklagningsbart beslut krävas.

Stora insatser i form av utbildningsåtgärder under den senaste 10-årsperioden samt de nyligen publicerade demensriktlinjerna har ökat kunskaperna och förståelsen för hur viktigt det är med en personcentrerad vård och omsorg, vilken minskar behovet av tvångs- och skyddsåtgärder. Men i rapporten konstateras att det trots denna positiva utveckling behövs en reglering av hur tvångs- och skyddsåtgärder får användas inom vården och omsorgen. Det är orimligt att vårdtagare ska vara utlämnade till enskild omsorgspersonals bedömning av behovet av skydd. Det är inte heller rimligt att enskild omsorgspersonal utan juridisk skolning dagligen ska behöva handla på ett sätt som riskerar att vara brottsligt. Det konstateras att det behövs en lagstiftning både för att säkerställa en grundnivå av skydd mot skada på liv eller hälsa och en reglering av de fall där åtgärder måste sättas in utan den enskildes samtycke eller mot dennes vilja.

Men hur en sådan lagstiftning ska se ut är ingen lätt fråga att besvara. I rapporten diskuteras argument för och emot en placering av lagen under socialtjänstområdet alternativt hälso- och sjukvårdsområdet. Likaså diskuteras problemställningar kopplade till vem som tar besluten och var de ska gälla, enbart inom särskilt boende eller även för insatser i ordinärt boende.

Lagarna i Danmark, Norge och England beskrivs och kommenteras. Men de är ganska nyligen instiftade vilket gör att det till stor del saknas utvärderingar av dess effekter. Mycket talar dock för att lagarna gör att användandet av tvångs- och skyddsåtgärder minskar vilket är ett av huvudsyftena med lagstiftningen.

I Danmark, som haft sin specifika lagstiftning sedan 2000, riktas lagen mot personer med utvecklingsstörning eller demens. Beslut om åtgärder tas i Danmark av motsvarande den svenska socialnämnden. I Norge är lagen skriven för patienter med nedsatt beslutsförmåga och som motsätter sig vård. Här tas besluten av läkare, tandläkare eller sjuksköterska men besluten kan upphävas av en högre instans som får en kopia på alla beslut. England har tagit fram en övergripande lagstiftning som täcker in alla vård och omsorgsgivare, sjukhus, vård- och omsorgsboenden och insatser i det egna hemmet. Lagen inbegriper alla personer med nedsatt beslutsförmåga oavsett orsaken till att beslutsförmågan är nedsatt. Personer med demenssjukdom är en av grupperna. Beslut om tvångs- och skyddsåtgärder kan tas av både vård- och omsorgspersonal.

Några grundläggande principer förordas för en kommande lagstiftning. Det handlar om att i lagstiftning vara tydlig med att en förutsättning för att få tillämpa tvångs- eller skyddsåtgärder är att det finns tillräckligt med resurser så att åtgärderna som beslutas inte är en följd av, eller ett sätt att lösa, personalbrist, dåligt utformade lokaler eller att personalen saknar kunskap att klara den uppkomna situationen. I en kommande lag måste syftet vara att dels begränsa användandet av tvångsåtgärder, dels ha ett fokus på att skydda den enskilde. Lagen måste vila på en tydlig värdegrund - en portalparagraf - som handlar om att ge varje enskild människa bästa möjliga livskvalité utifrån de förutsättningar som han eller hon har.

Ett led i att åstadkomma detta är att använda en manual eller checklista som stöd i alla situationer där tvångs- eller skyddsåtgärder föreslås. Ett förslag till checklista, specifikt för utredning av personer med demenssjukdom, presenteras i rapporten. Checklistan utgår ifrån några huvudpunkter: En bedömning av personens rättskapacitet. En undersökning om vad personen själv vill. En noggrann medicinsk utredning och omsorgsutredning, En etisk diskussion, vad vinner vi, vad förlorar vi, hur mycket kränker vi individen i och med den åtgärd vi föreslår? Vad har vi prövat/uteslutit för andra alternativ? Är åtgärden dokumenterad och utvärderad (både positiva och negativa effekter) och hur och när ska beslutet omprövas?

Erfarenheterna från framförallt Norge och England bör utnyttjas när det gäller införandet av den nya lagen. I de bägge länderna har man lagt ner både tid och resurser på implementering av lagens intentioner ute i verksamheterna. Här finns stora möjligheter till både utbildning i och utveckling av ett personcentrerat omhändertagande för att möta upp den värdegrund som handlar om att ge varje enskild människa bästa möjliga livskvalité utifrån de förutsättningar som han eller hon har.

Inledning

Socialdepartementet som handlägger frågan om lagstiftning gällande tvångs- och skyddsåtgärder i vården av personer med demenssjukdom har vänt sig till Svenskt demenscentrum (SDC) med ett uppdrag att göra en kunskapsöversikt om balansen mellan nödvändiga skyddsåtgärder som del av god omvårdnad och respekten för den enskildes integritet. I uppdraget står att kunskapsöversikten ska tjäna som ett underlag för Socialdepartementet i ställningstaganden om behovet av lagstiftning och i så fall utformningen av en sådan.

Frågan är inte ny utan har debatterats och handlagts under flera årtionden. Ett koncentrat av de diskussioner som förts fram till idag skulle kunna se ut enligt följande:

Svensk grundlag förutsätter att ingen medborgare ska kunna utsättas för samhälleligt tvång utan lagstöd. Så frågan blir, behövs det lagstöd när det gäller tvångs- och skyddsåtgärder inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom?

Nej:

En lagstiftning som legaliserar tvångs- och skyddsåtgärder är mycket främmande. Inom äldre- och handikappomsorgen pågår ett intensivt arbete med att dels komma ifrån rutinmässiga sätt att behandla vårdtagare och i stället se till varje individs behov, dels hitta förhållningssätt och arbetsmetoder så att tvång och begränsningar undviks. De problem som en lagstiftning avser att lösa skapas i väsentlig utsträckning av bristande kunskaper hos personal, handläggare och politiker samt av otillräckliga resurser och bör därför inte lösas med juridiska tvångsåtgärder.

Ja:

Vi måste förstå att det är en sjukdom som successivt bryter ner hjärnan och dess funktioner och under hela sjukdomsförloppet har den demenssjuke rätt att få hjälp med insatser som bedöms som nödvändiga, antingen för att skydda eller hjälpa. Oavsett hur mycket resurser vi har och hur bra kompetens personalen har kommer det alltid att uppstå situationer där någon form av tvångs- och skyddsåtgärder kan komma att behövas för den demenssjukes skull. Då måste det finnas ett lagstöd.

Nedan presenterade arbete är ett försök att komma vidare i diskussionerna och ge ytterligare underlag för en eventuell lagstiftning inom området.

Syftet med uppdraget

I det avtal som skrevs mellan parterna var uppdragets huvudsyfte att ge ett underlag till Socialdepartementets arbete kring ny socialtjänstlagstiftning inom området. Men också ge underlag för en eventuell översyn av lagstiftningen inom Hälso- och sjukvårdsområdet.

Uppdragets frågeställningar

I samtal mellan Socialdepartementet och Svenskt demenscentrum togs ett antal frågeställningar fram som skulle besvaras:

- Vilken omfattning har tvångs- och skyddsåtgärderna inom omvårdnaden idag?
- Vem ”ordinerar” och hur motiveras användandet av tvångs- och skyddsåtgärder?
- Finns det beprövade metoder (goda exempel) för, eller utformning av, vård och omsorg till demenssjuka, som kan minska behovet av tvångs- och skyddsåtgärder?
- Vilka utvecklingsinsatser (inklusive tekniska utvecklingsinsatser) görs för att öka säkerheten och minska tvånget?
- Vilka specifika utbildningsinsatser görs i Sverige och de nordiska länderna för att öka kunskaperna om sjukdomens symptom och uttryck och hur dessa kan bemötas? Finns det goda exempel på metoder och metodutveckling inom området?
- Hur förs resonemang kring etiska aspekter – att inte begränsa som underlåtenhet i vården eller att begränsa som integritetskränkande? Vilka aspekter finns när det gäller frågor kring skydd eller tvång, mötet mellan hälso- och sjukvårdslagstiftning och socialtjänstlagstiftning samt lagstiftning om den enskildes rätt till frihet och självbestämmande?
- Hur resonerar man kring lagstiftning inom området i andra länder och vad har man där för erfarenheter av gjorda lagförändringar?

Begränsningar i uppdraget

I samtalen med uppdragsgivaren beslutades om begränsningar i uppdraget avseende två delar; Den tänkta målgruppen för tvångs- och skyddsåtgärder samt Ställföreträdarskap.

I betänkandet SOU 2006:110 skriver författaren att ”*Jag är övertygad om att det inom en nära framtid behövs lagregler som omfattar alla grupper med nedsatt beslutsförmåga inom sjukvård och socialtjänst*”. Som också sågs i remissvaren är det flera instanser som delar den uppfattningen men i det aktuella uppdraget skulle enbart frågan om begränsningsåtgärder i vården och omsorgen av personer med demenssjukdom belysas.

I uppdraget exkluderades också området ställföreträdarskap, både inom hälso- och sjukvården liksom inom området för social välfärd. Området belyses dels i de förslag som presenterats i Förmyndarskapsutredningens slutbetänkande (SOU

2004:112), dels i betänkandet; Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården (SOU 2006:110).

Som redovisas i rapporten har vi dock sett det som nödvändigt att vidga personkretsen och också att beröra frågan om företräderskap.

Metod

Arbetsgruppen

För att genomföra uppdraget och besvara frågeställningarna tillsattes en arbetsgrupp bestående av projektledaren Lars Sonde, utredare, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum samt fyra medarbetare; Wilhelmina Hoffman, föreståndare, Svenskt demenscentrum, Gunilla Nordberg, ansvarig för forskning och utveckling, Svenskt demenscentrum, Sven Erik Wånell, direktör, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum och Anna-Liisa Suvanto, universitetsadjunkt, Karolinska Institutet.

Referensgruppen

En referensgrupp med sakkunniga knöts till arbetsgruppen. Referensgruppens huvudsakliga arbetsuppgift var att kommentera och diskutera de texter som skulle ingå i rapporten till Socialdepartementet. En del av deltagarna har också medverkat med texter till rapporten (ämnet inom parentes). Referensgruppen bestod av Ingvar Karlsson, docent, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg (Rättshandlingsförmåga och demens). Sofia Malander, jurist, Landstinget i Östergötland (Juridiska aspekter). Karin Sparring Björkstén, överläkare, Stockholm. Helena Axestam, utredare, Socialstyrelsen samt Stig Karlsson, docent, Umeå Universitet.

Enkät till Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS)

För att få en aktuell skattning av hur frekvent användandet av tvångs- och skyddsåtgärder inom särskilt boende är ute i kommunerna, tog arbetsgruppen fram en enkät som riktades till kommunernas Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS). Förutom frågor kring frekvens och typ av tvångs- och skyddsåtgärder fanns flera öppna frågor där MAS fick möjlighet att kommentera olika frågeställningar med anknytning till problemområdet. Följande delar fanns med:

- Om den aktuella kommunen/stadsdelen har skriftliga direktiv eller riktlinjer för skydds- och begränsningsåtgärder och vem som i så fall tagit beslut om dessa? (Här ombads MAS att om möjligt också skicka in de skriftliga direktiven)
- Om statistik förs över ordinerade skydds- och begränsningsåtgärder?
- En uppmaning att försöka skatta andel personer inom särskilt boende för personer med demenssjukdom som för närvarande har ordinerade/förskrivna skydds- eller begränsningsåtgärder
- Vem ordinerar/förskriver åtgärderna? Vem utvärderar?
- Vilka typer av skydds- och begränsningsåtgärder ordinerar/förskrivas? Här gavs olika svarsalternativ, dock fanns inte alternativet låst dörr med. Förkunskapen var att så gott som alla enheter har låst dörr (då räknas även kodlås eller en låst grind utanför enheten som låst dörr)
- Vilka arbetsmetoder kan användas för att undvika begränsningsåtgärder?
- Krävs stöd i lagstiftningen för att kunna använda begränsningsåtgärder?

Enkäten gjordes som ett elektroniskt formulär med svarsrutor och textrutor där kommentarer kunde ges. Enkäten skickades ut via mail tillsammans med ett informationsbrev under mars månad 2010. I informationsbrevet upplystes MAS om uppdraget från Socialdepartementet och arbetsgruppens önskemål om hjälp att få en uppfattning om omfattningen av tvångs- och skyddsåtgärder ute i verksamheterna men också hur kommunerna arbetar med området samt MAS egna uppfattningar om området tvångs- och skyddsåtgärder. Vidare upplystes MAS om att svaren skulle behandlas konfidentiellt och att varken namn eller kommun/stadsdel skulle komma att redovisas.

Utskicket gjordes av avdelningen för vård och omsorg vid Sveriges kommuner och landsting (SKL) som hade en sändlista med totalt 281 namn. Med tiden framkom att alla stadsdelar i Stockholms kommun inte fått enkäten varvid ytterligare mail skickades till respektive stadsdels MAS. Totalt gick det ut 291 mail. Efter att ett påminnelsemail skickats ut inkom slutligen 189 svar. I två av dessa hade inte enkäten fyllts i med motiveringen att MAS i de aktuella kommunerna inte ansåg sig kunna besvara frågorna utan hänvisade till enhetscheferna på kommunens olika särskilda boenden. Totalt analyserades svar från 187 enkäter (svarsfrekvens = 64,3 %). Drygt 90 MAS skickade också in de skriftliga riktlinjer som kommunen arbetade efter.

Dialogseminarier

Under våren (den 14-15 april 2010) arrangerades två dialogseminarier i Stockholm där problematiken kring tvångs- och skyddsåtgärder diskuterades.

Det första seminariet, den 14:e april, hade 118 anmälda deltagare och arrangerades i samarbete mellan Svenskt demenscentrum, Svensk förening för äldrepsykiatri (SFÄP), Svensk geriatrisk förening (SGF) och Stockholms läns läkemedelskommitté. Dagen var en temadag om äldrejuridik – Läkarens roll när den äldre patienten inte förstår vad saken gäller. Under dagen diskuterades olika juridiska problem man som läkare kan ställas inför i mötet med äldre människor med nedsatt autonomi. God man och förvaltarskap diskuterades men framför allt behovet av lagstiftning om regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom omfattande både HSL och SOL.

Det andra dialogseminariet den 15 april arrangerades av Svenskt demenscentrum och samlade ett 50-tal sakkunniga och engagerade personer med lång erfarenhet inom demensvård. Här fanns representanter från Socialstyrelsen, Socialdepartementet, läkare, forskare, kommunala äldreomsorgschefer och enhetschefer inom omsorgen, MAS med flera.

En viktig huvudperson på seminariet var Ingrid som, på grund av demenssjukdom, inte längre kan stå på sina ben och som ständigt vill hem till sin Gunnar. Ingrid utgjorde ett av fem fiktiva patientfall som diskuterades i mindre grupper under dialogseminariet. I samtliga fall var de lämpliga omvårdnadsåtgärderna långtifrån självklara. Istället stod personalen inför en rad svåra dilemman där olika etiska grundprinciper tycktes krocka med varandra. Hur kan man respektera självbestämmande och autonomi och samtidigt göra gott och inte skada? Är en

viss form av tvång eller fysisk begränsning i vissa fall motiverat, t ex ett brickbord på Ingrid's rullstol? Vilka problem löser man då – och vems problem? Vilka nya kan uppstå? När gruppdiskussionerna summerades på eftermiddagen utkristalliserades några uppfattningar som en klar majoritet av deltagarna ställde sig bakom.

Studiebesök

Några länder i vår närhet har under 2000-talet beslutat om lagar gällande personer med nedsatt beslutsförmåga. I Danmark finns sedan 2000 en lagstiftning som riktar sig mot personer med nedsatt psykisk funktionsförmåga (utvecklingsstörning och demens). I Norge finns sedan 2009 en lag som syftar till att förebygga och begränsa bruket av tvång i vården. Lagen är inte specifik för personer med demenssjukdom utan gäller alla som bedöms ha nedsatt beslutsförmåga. I England finns sedan 2007 "Mental Capacity Act" som gäller alla personer som har nedsatt förmåga att fatta beslut. För att kunna beskriva och få tillgång till erfarenheter från dessa länders arbete med lagarna gjordes två studiebesök.

I Norge besöktes i augusti 2010, Öyvind Kirkevold vid Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i Tönsberg, som gav en bakgrund till den lag som trädde i kraft i januari 2009. Besök gjordes även hos Petter Kirkeby och medarbetare på Fylkesmannens (jmf Länsstyrelsens) kontor i samma stad. Här informerades om implementeringsarbetet innan lagen trädde i kraft och hur man nu genomför tillsynen av lagen.

I början av oktober 2010 besöktes Sheila Scott, direktör för National Care Association (NCA¹) och professor Jill Manthorpe, Social Care Workforce Research Unit, Kings College i London. De bägge har, genom uppdraget i NCA respektive genom forskning, följt införandet av lagen från start. De gav en bakgrund till lagens tillkommande och erfarenheter från både implementeringen och den första tiden efter att lagen trätt i kraft.

När det gäller dansk lagstiftning finns en längre presentation av lagen i SOU 2006:110 (se nedan) där det svenska lagförslaget till stor del inspirerades av denna lag. För att få tillgång till senare års erfarenheter från Danmark kontaktades Dorthe Buss vid Juridisk fagkonsulent, Nationalt Videnscenter for Demens samt Kirsten Munk vid kontoret for Ældre inom Velfærdsafdelingen vid Socialministeriet i Köpenhamn.

Litteraturgenomgång

En utgångspunkt i uppdraget blev naturligtvis det lagförslag som presenterades 2006; Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården – Betänkande av utredningen om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga (SOU 2006:110). I betänkandet finns en genomgång av problemområdets förhistoria, internationell utblick, översikt över relevant

¹ NCA är en medlemsfinansierad organisation framförallt för ägare och drivare av mindre omsorgsboenden.

lagstiftning, den aktuella målgruppen, indelning och beskrivning av tvångs- och skyddsåtgärder, forskning om skydds- och tvångsåtgärder, hjälpmedelsområdet, etiska utgångspunkter samt demensvården och dess utveckling. Sammanställningen utmynnar sedan i ett förslag till ny lagstiftning. För att inte göra samma arbete igen har arbetsgruppen försökt att inrikta sitt arbete på att dels komplettera det som finns i betänkandet men framförallt ta fram ny kunskap enligt de frågeställningar som togs fram i uppdraget.

När det gäller aktuell forskning gjordes en sökning efter vetenskaplig litteratur i april 2010 via PubMed och Ageline gällande perioden 1/1-2005 – 31/3-2010. Sökningen resulterade i 46 vetenskapliga artiklar som kunde relateras till ämnesområdet. Tjugosju av dessa analyserades mer noggrant och ett urval av dessa presenteras i rapporten.

Övriga källor

Ingela Månsson, projektledare för Teknik och Demens vid Hjälpmedelsinstitutet, har varit behjälplig med text i avsnittet om ny teknik. Helle Wijk, docent och medarbetare på Svenskt demenscentrum har hjälpt till med text kring den fysiska miljöns betydelse inom särskilt boende. Helena Gustafsson, MAS i Gnesta kommun och ordförande i den nationella MAS-föreningen har hjälpt till med frågor till den elektroniska enkäten.

Ulla Tunedal, högskoleadjunkt på Sophiahemmet tillsammans med sjuksköterskor på Silviasköterskeutbildningen liksom MAS i nätverket på Södertörn gav många nya tankar och idéer i början av arbetet.

Diskussioner har förts med Maj Rom, Hans Ekholm och Lars Linder på SKL, Leif Jacobson och Ulla Höjgård på Socialstyrelsen, Ulla Fredriksson, hälsostateg och Karin Gens, Eva Lindgren och Inger Lisslö, äldreomsorgsinspektörer i Stockholms Stad.

Bakgrund

I en debattartikel i Svenska dagbladet augusti 2009 skriver författarna att ”*Alla som har med dementa att göra vet att tvång i olika former förekommer. Personal i äldreården är ofta olycklig över att det de gör är juridiskt fel, även om sunda förnuftet säger att det är nödvändigt*”.

Artikeln utmynnar i ett krav från författarna att en genomtänkt lagstiftning måste tas fram².

I tabell 1 sammanfattas det nuvarande rättsläget när det gäller användning av tvångs- och skyddsåtgärder. Som synes finns det inget stöd i lagen för åtgärder som görs mot den enskildes vilja. Inte heller anhöriga, god man eller förvaltare kan samtycka till sådana åtgärder. Omvänt kan många åtgärder användas med den enskildes samtycke även om det finns undantag även där. Men hur gör vi om en person saknar förmåga till samtycke?

Tabell 1. Nuvarande rättsläge gällande användning av tvångs-och skyddsåtgärder

Åtgärd	Kan åtgärden användas <u>med</u> den enskildes samtycke?	Kan åtgärden användas <u>mot</u> den enskildes vilja?
Låst dörr till den enskildes bostad	Ja	Ja, men låset får inte vara konstruerat så att den enskilde inte kan öppna dörren och gå ut (gäller även grind utomhus)
Bälte	Ja/Nej***	Nej*
Brickbord	Ja/Nej***	Nej*
Sänggrindar	Ja	Nej*
Larm, rörelsedetektor, golvmattor, GPS ...	Ja	Nej*
Video, mikrofon	Nej	Nej*
Förskrivet hjälpmedel	Ja	Nej*
Åtgärd som anhörig, god man eller förvaltare samtycker till	-	Nej**

* Det finns inte något stöd i socialtjänstlagen eller hälso- och sjukvårdslagen som gör att åtgärden kan användas mot den enskildes vilja

** Då användning av tvångsåtgärd kräver lagstöd kan inte anhöriga, god man eller förvaltare samtycka eller kräva att socialtjänsten eller hälso- och sjukvården ska använda tvångsåtgärder

*** Även om personen ger sitt medgivande får åtgärderna inte användas som en följd av dåliga lokaler eller bristande bemanning

²”Dementa utan rättsligt skydd”. Sparring-Björkstén K, Fälldin K. SVD 14 augusti 2009.

Historik

Problemställningen är inte ny. I betänkandet; Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården (SOU 2006:110)³ beskrivs (sid 87 och framåt) den förhistoria som finns (se även bilaga: Upphävda föreskrifter om tvångs- och skyddsåtgärder).

Socialstyrelsen beslutade 1980 om kungörelse (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård. Av föreskrifterna framgår bl.a. att sängsele, sängväst och liknande anordning inte för 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.

1984 föreslog Socialberedningen en lag om skydd för vissa åldersdementa⁴. Beredningen 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 enda tillåtna skyddsåtgärden i lagen skulle vara att låsa den avdelning där patienten eller den boende vistades. 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.

Det dåvarande ansvariga statsrådet avstyrkte förslaget och hänvisade till 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

³ Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården - Betänkande av utredningen om skyddsåtgärder inom vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga (SOU 2006:110).

⁴ Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten (SOU 1984:64)

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.

Beslutet innebar att brottsbalkens s.k. nödregler var det enda lagstöd som fanns för att av skydds-skäl inskränka de demenssjukas friheter.

År 1992 beslutade Socialstyrelsen allmänna råd (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad. I de allmänna råden anges att inlåsning inte får ske och 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. Vidare anges att nödrätten inte får ligga till grund för rutinmässiga ingripanden. De allmänna råden kompletterades 1997 med föreskrifter (SOSFS 1997:16) om individuella larm.

Så i brist på lagstöd har dessa föreskrifter och allmänna råd varit det stöd som kommuner och enskilda verksamheter har haft när det gäller tvångs- och skyddsåtgärder. Många kommuner och enskilda verksamheter har utifrån föreskrifter och allmänna råd tagit fram rutiner/ riktlinjer för den egna verksamheten inom äldreområdet. Ofta är det MAS:en som har varit ansvarig för detta arbete och i en del kommuner har socialnämnden fastställt rutinerna.

År 1999 aktualiserade Socialstyrelsen frågan om lagreglering på nytt genom en skrivelse till regeringen. Socialstyrelsen anförde att regeringen borde tillsätta en utredning med uppdrag att lägga fram förslag till hur rättsskyddet kan stärkas för personer som till följd av demenssjukdom, psykisk störning eller andra tillstånd har nedsatt beslutsförmåga. Skrivelsen byggde på en rapport - Skyddsåtgärder inom äldreomsorgen (1999)⁵ – där man konstaterat att:

- Det är relativt vanligt att hela enheter är låsta på ett sådant sätt att det i realiteten är omöjligt för personer med demenssjukdom 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 samt
- Nuvarande rättsregler inte ger tillräcklig vägledning för personalens handlande.

Socialstyrelsen skrev också att huvudregeln bör vara att skyddsåtgärder endast används om den enskilde samtycker. Åtgärderna måste också vara etiskt

⁵ Skyddsåtgärder inom äldreomsorgen (Äldreuppdraget 1999:7)

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, hävdade 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.

År 2002 tillsatte Socialdepartementet en demensarbetsgrupp med uppgift att sammanställa befintliga kunskaper om situationen för personer med demenssjukdomar samt identifiera utvecklingsområden där åtgärder behöver sättas in⁶. De skrev bl.a:

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

Statlig offentlig utredning tillsätts

Tre år senare, 2005, beslutar regeringen om en utredning för att överväga om det fanns 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. Det utmynnar i betänkandet; Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården SOU 2006:110. Utredarens förslag i betänkandet innefattade såväl lagregler för tvångs- och skyddsåtgärder inom socialtjänsten som lagregler vid medicinsk behandling av personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom inom socialnämndernas ansvarsområde. Två nya lagar föreslogs vilka skulle träda i kraft januari 2009. Dels - Lag om tvångs- och begränsningsåtgärder inom socialtjänst i vissa fall, dels - Lag om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall. Utredningens huvudmotiv för en lagstiftning var flera:

- Att få ett bättre skydd och ökad rättssäkerhet för den enskilde
- Ge minskad användning av tvångs- och skyddsåtgärder
- Ökad säkerhet för personalen i det dagliga arbetet och förbättrad information till närstående

I betänkandet föreslogs att besluten om skyddsåtgärder skulle tas av socialnämnd medan beslut om (tvångs-) flytt till särskilt boende och låsning av dörr skulle tas av Länsrätten efter ansökan från Socialnämnden, SoN (se tabell 2).

⁶ På väg mot en god demensvård - Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga (Ds 2003:47).

Tabell 2. Åtgärder och beslutsinstans enligt SOU 2006:110

Åtgärd	Utreda/ansöka om beslut	Tillfälligt beslut	Slutligt beslut	Möjlighet delegera slutligt beslut *	Beslut kan överklagas till
Bli flyttad till särskilt boende	SoN	Länsrätt	Länsrätt	Nej	Kammarrätt
Låsa dörr/hålla kvar/återföra	SoN	SoN	Länsrätt	Nej	Kammarrätt
Använda sänggrind, bälte, brickbord	SoN	SoN	SoN	Ja	Länsrätt
Använda pejlings- eller larmutrustning	SoN	SoN	SoN	Ja	Länsrätt
Hålla fast eller föra bort en aggressiv person	SoN	SoN	SoN	Ja	Länsrätt
Fullfölja nödvändig omvårdnad	SoN	SoN	SoN	Ja	Länsrätt
Medicinsk behandling med tvång	PAL**	PAL	PAL	Nej	Länsrätt

* Kan delegeras till en särskild avdelning som består av ledamöter och ersättare i nämnden

**PAL= Patientansvarig läkare

Reaktioner på lagförslaget i SOU 2006:110

I den sammanställning av remissvar som Socialdepartementet låtit göra⁷ skriver man att närmare hälften av de redovisade svaren (totalt 94 remissvar) tar klart ställning för ett genomförande av särskild lagstiftning på detta område. Flera instanser har dock invändningar mot att vissa aspekter är mindre väl belysta eller intar en annan hållning i vissa delar.

Stödet för lagförslaget tar sin utgångspunkt dels i principen att det som personalen måste göra inte får strida mot lag och rätt. Dels i principen att den enskilde måste vara skyddad mot övergrepp och kränkningar. Flera instanser ser dock förslagen som administrativt tungrodda och svåra att tillämpa i det vardagliga arbetet. Många framhåller att ett genomförande inte är möjligt utan att förslagen om ställföreträdare från förmyndarskapsutredningen också genomförs.

Klart negativa är 16 svar (17 %) medan övriga har mer eller mindre allvarliga invändningar eller synpunkter i ett eller flera avseenden utan att det går att klart utläsa att de avstyrker genomförande av förslagen i betänkandet som helhet.

I avsnitten nedan finns exempel på positiva och negativa kommentarer i de remissvar som gavs till betänkandet. Sammanställningen visar på den komplexa problematik som finns i frågan om hur en lagstiftning ska se ut kring begränsningsåtgärder inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom, eller om det över huvud taget ska finnas en sådan lag. Betänkandet har till dags datum inte utmynnat i några åtgärder.

⁷ S2007//ST, 2008-11-04, Socialdepartementet

Exempel på positiva kommentarer i remissvaren

En lagstiftning skulle innebära att vissa grundläggande krav på rättssäkerhet tillgodoses samt att det blir tydligt för personal vilka åtgärder som är tillåtna.

Det är djupt otillfredsställande att den faktiska användningen av tvångs- och skyddsåtgärder saknar annat stöd än nödrätten. Det föreslagna författningsstödet är därför positivt och nödvändigt... Genom att tydligt definiera begreppen och relatera dessa till de åtgärder som redan används blir risken mindre för att åtgärder som inte har stöd i lag används.

(...) delar utredningens bedömning att det finns behov av att rättsligt reglera användningen av begränsningsåtgärder inom vården av personer med demenssjukdom. Problemet är dock komplext och kan inte lösas enbart med lagstiftning.

Det är bra att det regleras på vilket sätt och under vilka omständigheter en tvångsåtgärd får tillgripas.

Det är rimligt att åtgärder som bedöms nödvändiga har lagstöd.

Förslagen ger ökad rättssäkerhet för den enskilde och ökad tydlighet för personalen.

(...) delar i allt väsentligt de överväganden och bedömningar som utredaren gör (men vill) understryka att en eventuell lagstiftning kan komma att tänja gränsen för möjligheten att använda tvingande åtgärder. Det är därför viktigt att ingripanden måste föregås av kvalificerade utredningar.

Det är positivt för den enskilde och dennes närstående med den ökade rättssäkerhet som förslagen innebär.

Förslagen legitimerar en del av de tvångsåtgärder som i dag används. Dessutom uppfattar (...) att det nya lagförslaget kommer att ge personer med demenssjukdom större möjlighet till frihet.

En reglering i lag ger ökad rättsäkerhet och ökad tydlighet för närstående och personal.

Lagen kommer sannolikt att innebära en minskning av antalet tvångsåtgärder och en väsentlig förbättring av den enskildes rättssäkerhet. Det är positivt att utredaren ser det som viktigt att lagregleringen i första hand ska syfta till att förbättra den enskildes säkerhet och livskvalitet.

Fördelarna med den föreslagna lagregleringen överväger nackdelarna. Det är inte acceptabelt att som hittills helt och hållet lägga ansvaret och dessa svåra överväganden enbart på personalen. Men lagförslaget är tekniskt komplicerat och

svårt att tillämpa vilket kan leda till att personal ändå måste fatta beslut på egen hand.

Instämmer. Det behövs en strukturerad ordning där den enskilde tillförsäkras god rättssäkerhet genom god man och juridiskt ombud. Övriga åtgärder bör regleras i föreskrifter.

(...) instämmer i huvudsak i förslaget men motsvarande reglering behövs även för den slutna vården.

Exempel på negativa kommentarer i remissvaren

Det finns en uppenbar risk att tvångsåtgärder kan vidtas i strid med utredningens intentioner att åtgärder aldrig får användas för att kompensera brist på personal, utbildning hos personal eller brister i lokaler eller utrustning.

Sveriges erfarenhet av tvång inom psykiatrin visar tydligt att lagstiftningen i sig inte medfört mindre tvång och ökad säkerhet för den patientgruppen.

Tveksam till att tvångsåtgärderna (enbart) ska gälla en viss grupp av människor med funktionshinder.

För den enskilde kan de tvångs- och skyddsåtgärder som föreslås lagstöd upplevas som mycket kränkande och förslagen bör ses i ljuset av den handikappolitiska strävan om att öka självbestämmande och inflytande för den enskilde.

De problem som utredningen avser att lösa skapas i väsentlig utsträckning av bristande kunskaper hos personal, handläggare och politiker samt av otillräckliga resurser och bör därför inte lösas med juridiska tvångsåtgärder.

Det finns en avsevärd risk med att föra in begränsnings- och tvångsåtgärder i omsorgen om demenssjuka, i första hand för den enskilde demenssjuka människan, men även för den principiella inriktningen och synsättet på omsorgen om demenssjuka.

Problemen bör lösas genom bättre anpassning av byggnader och lokaler, översyn och förändring av vård- och behandlingsmetoder, planering, dokumentation och uppföljning av vårdinsatser samt en personalpolitisk satsning.

(...) kommer till slutsatsen att det är i grunden fel att hantera situationer där tvång mot personer med demenssjukdom förekommer genom en ny lagstiftning... Rättssäkerheten kan i stället ökas genom att beslut i vården dokumenteras och delges och förankras hos anhörig eller god man. Besluten ska kunna överklagas till länsrätt.

En lagstiftning som legaliserar tvångs- och skyddsåtgärder är mycket främmande. Inom kommunens äldre- och handikappomsorg pågår ett intensivt arbete med att komma ifrån rutinemässiga sätt att behandla vårdtagare och i stället se till varje

individuets behov, samt hitta förhållningssätt och arbetsmetoder som att tvång och begränsningar undviks.

Landstinget i (...) bedömer att vården och omsorgen om dementa personer är rättssäker och att tvångs- eller begränsningsåtgärder används i mycket begränsad omfattning och vidtas för den enskildes bästa. ... i sjukdomsbilden ingår att personen inte längre är kapabel att bedöma sin situation och att vårdpersonalen har ansvar för att kompensera för bristerna på grund av denna hjärnskada.

Socialnämnderna saknar nödvändig kompetens att handlägga ärenden av denna svårighetsgrad. Utredningen har inte visat hur den enskildes rättshandlingsförmåga ska undersökas och inte heller under vilka omständigheter denna ska kunna sättas ur spel.

En risk är att utredningens förslag faktiskt leder till ökad användning av tvång. Dessutom är det inte rimligt att utredningen endast föreslagit lösningar som är tillämpliga i särskilt boende och inte i hemmet eller på sjukhus.

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom

I maj 2010 presenterar Socialstyrelsen de första nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom⁸. Under rubriken ”Fysiska begränsningsåtgärder” skriver man att det är vanligt att fysiska begränsningsåtgärder (som bälten, selar, brickbord och sänggrindar) används för att förebygga skador och olyckor bland personer med demenssjukdom och gör bedömningen att en av fyra personer inom särskilt boende utsätts för en begränsningsåtgärd. I riktlinjerna finns inga synpunkter på eventuell lagstiftning men man hänvisar till betänkandet från 2006 och säger att det bereds inom socialdepartementet under 2010. Utifrån en litteraturgenomgång ges två rekommendationer som båda har prioritet 1. Man säger att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör;

- Kontinuerligt observera och utvärdera hur personen upplever den fysiska begränsningsåtgärden
- Erbjuder sin personal utbildning och handledning för att minska användandet av fysiska begränsningsåtgärder

Socialstyrelsen upphäver föreskrifter och allmänna råd

Den 15 juni 2010 upphörde Socialstyrelsens kungörelse (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad att gälla. I samband med upphävandet publicerade Socialstyrelsen ett meddelandeblad (se bilaga) med information om gällande rätt. Av meddelandebladet framgår att de upphävda föreskrifterna och allmänna råden inte kommer att

⁸ Socialstyrelsen 2010. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom - stöd för styrning och ledning.

ersättas med nya. Socialstyrelsen har vidare publicerat frågor och svar om tvångs- och skyddsåtgärder på sin hemsida.

Socialstyrelsen anför att de tvångs- och skyddsåtgärder som i dag förekommer inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom är sådana att de enligt regeringsformen (RF) kräver stöd i lag. Men något specifikt lagstöd finns inte idag. På samma sätt strider åtgärderna mot Europakonventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Vidare konstateras att svensk grundlag förutsätter att ingen medborgare ska kunna utsättas för samhälleligt tvång utan lagstöd, vilket helt uppenbart sker inom detta område.

Socialstyrelsen konstaterar också att föreskrifterna ibland felaktigt har tolkats som att vissa åtgärder är tillåtna och att de har använts för att klara situationer som uppkommer p.g.a. för låg bemanning, brister i kompetens eller olämpliga lokaler.

Svenskt demenscentrum får uppdraget att ytterligare belysa området

För att ytterligare öka kunskapen inom området beslutade Socialdepartementet i juli 2009⁹ att Svenskt demenscentrum (SDC), skulle få uppdraget att ta fram en kunskapsöversikt om balansen mellan tvångs- och skyddsåtgärder och skyddet för den enskildes integritet i omsorg och vård för personer med demenssjukdom. Kunskapsöversikten skulle vara ett underlag i det fortsatta arbetet att ta fram en lagstiftning inom området. I uppdraget ingick också att kunskapsöversikten skulle belysa beprövade metoder för vård och omsorg till demenssjuka med målet att minska behovet av tvångs- och skyddsåtgärder. Arbetet påbörjades hösten 2009 och skulle avslutas senast den 31 oktober 2010 med en rapport ställd till Socialdepartementet.

⁹ Socialdepartementet S2009/4918/ST

Bestämning av personkretsen

En slutsats från de diskussioner som förts under arbetets gång är att en eventuell kommande lagstiftning måste täcka in en större personkrets än enbart personer med demenssjukdom. Svårigheterna med en specifik demenslagstiftning ses bl.a. när man studerar demenssjukdomens effekter på rättshandlingsförmågan¹⁰ (som här tolkas som en persons förmåga att fatta ett välgrundat beslut i en specifik fråga). En annan svårighet är vad som händer med den grupp av människor som har en demenssjukdom men som saknar diagnos? Det finns också en etisk komplikation i att peka ut en specifik grupp.

Demensbegreppet

Demens innebär en förlust av kognitiva förmågor och människor med demens får problem med många aktiviteter och handlingar som av de flesta betraktas som självklara. Trots detta har en person med demenssjukdom en egen vilja och många kvarvarande mentala funktioner.

Begreppet demens är heller inte enhetligt vilket gör att ett demenshandikapp varierar både till grad och vilka funktioner som är drabbade. Också förmågan att förstå och hävda sin rätt kommer att påverkas. För att diagnostiseras med demens ska en person, enligt diagnoskriterierna DSM-IV, uppfylla följande kriterier:

- Minnesstörning (obligatorisk)
- Åtminstone en av följande störningar:
 - afasi (språkstörning)
 - apraxi (oförmåga att utföra aktiviteter som att äta, klä sig)
 - agnosi (att inte känna igen föremål, personer, former, ljud)
 - exekutiva störningar (problem med abstrakt tänkande och problemlösning)
- Nedsatt arbets- eller social förmåga som innebär en nedgång från en tidigare högre funktionsnivå
- Uppträder inte enbart i samband med konfusion
- Tillståndet ska ha varat i mer än sex månader

Demens är en progressiv sjukdom som gradvis förvärras. Det sker en övergång mellan normal förmåga, till lätt kognitiv störning, till måttlig kognitiv störning och slutligen till en grav kognitiv störning. Den drabbades rättshandlingsförmåga kommer också att gradvis försämrats och så småningom upphöra under denna process.

Demensbegreppet som sådant är dåligt definierat och med en stor osäkerhet i avgränsningen. En slutsats blir alltså att i en beslutsprocess rörande eventuella tvångs- och skyddsåtgärder för en person med demenssjukdom så handlar det om att fokusera på personens rättskapacitet och inte huruvida han eller hon har en demensdiagnos.

¹⁰ Rättslig handlingsförmåga = En persons förmåga att med rättsligt bindande verkan själv ombesörja sina rättsliga angelägenheter (Nationalencyklopedin).

Målsättningen måste vara att den person som har en rättshandlingsförmåga inte skall förhindras att själv ta ställning, samtidigt som det är viktigt att en person med demenssjukdom inte skall behöva fatta beslut där detta skulle ha blivit annorlunda om han varit frisk och haft bibehållen tankeförmåga.

Hur bedömer man en persons rättshandlingsförmåga?

En bibehållen rättshandlingsförmåga ses ofta vid en begränsad försämring av kognitiva förmågor. En demensprofil där omdömet är bibehållet ökar rättshandlingsförmågan. Det är viktigt att förstå att en demenssjukdom kan minska möjligheten till komplexa analyser långt mer än förståelsen av en enskild konkret fråga. För att bedöma om en person har rättshandlingsförmåga måste således såväl graden av kognitiv störning, vilka kognitiva aspekter som drabbats liksom frågans karaktär beaktas.

Olika demenssjukdomar har olika uttrycksformer. Vid Alzheimers sjukdom finns vanligtvis en bild med minnesproblem, språksvårigheter, minskad abstrakt tankeförmåga och visuospatiala (rumsliga) problem.

Vid vaskulär demens ses så kallade exekutiva svårigheter d.v.s. oförmåga att planera, bristande simultankapacitet och en oförmåga att ändra och anpassa strategier. Men även minnesproblem och emotionella symptom ses.

För personer med pannlobsdemens (frontallobsdemens) finns stora problem när en bedömning av rättshandlingsförmågan ska göras eftersom sjukdomen påverkar både omdöme och insikt tidigt i förloppet. De vanligaste symptomen är exekutiva svårigheter med oförmåga att planera, ändra och anpassa strategier, bristande intresse och motivation, nedsatt omdöme och insikt, känslomässig avtrubning samt bristande känslomässig kontroll.

Som synes är exekutiva störningar vanliga vid demenssjukdom. De innebär svårigheter att planera och organisera. De ger en dålig förmåga att klara stress och belastning och det finns svårigheter med överblick av komplexa situationer. Det gäller alltså att förstå att det vid störda exekutiva funktioner finns risk att stress och belastning tillfälligt minskar rättshandlingsförmågan.

Vid demens finns ofta något som kallas konfusion, d.v.s. en akut förvirring eller delirium. Det är en tillfällig reaktion där de mentala funktionerna plötsligt försämras. Sjukdomen innebär inte i sig en skada på hjärnan och de mentala funktionerna återgår oftast till den nivå som funnits tidigare. De primära symptomen vid konfusion är bristande uppmärksamhet och koncentrationsförmåga, feltolkningar av sinnesintryck, fragmenterat tänkande samt psyko-motorisk hypo- eller hyperaktivitet. De sekundära symptomen är psykisk oro, desorientering, minnesstörning, sömn- eller vakenhetsstörning, hallucinationer, paranoidea föreställningar samt aggressivitet. Sjukdomsbilden vid konfusion varierar under och mellan dygn. Förloppet är typiskt och gör oftast det lätt att ge diagnosen. Vid konfusion är en person i de flesta fall inte rättskapabel.

Behov av kliniska riktlinjer för bedömning av rättshandlingsförmåga vid demens

Det är som synes många faktorer som måste bedömas för att avgöra en demenssjuk persons rättshandlingsförmåga. Sjukdomsbild, sjukdomsgrad, och eventuell förekomst av konfusion är viktiga att beakta. En slutsats blir att det inte är möjligt att ge fasta kriterier för när en rättshandlingsförmåga upphör. Sjukdomens gradvisa övergång gör istället att en bedömning utifrån såväl individ som situation måste göras.

Det finns ett behov av att ta fram kliniska riktlinjer för att bedöma rättshandlingsförmågan vid demens. För att bedöma rättshandlingsförmågan bör vård- och omsorgspersonal ha tillräckliga juridiska kunskaper för att bedöma detta från perspektivet rättshandlingsförmåga, som en rent juridisk term. Å andra sidan har juridiskt skolade personer kanske ingen kunskap om demenssjukdomar och dess konsekvenser i form av kognitiva störningar. Även från ett juridiskt perspektiv behövs kunskap om de bakomliggande medicinska aspekterna, framförallt hur en person med kognitiv störning kan tänka i olika situationer.

I praktiken behövs en korrekt medicinsk bedömning som underlag för den juridiska. Och för att en läkare skall kunna ge ett fullgott medicinskt underlag behövs riktlinjer för detta underlag. En sådan "checklista" kan självklart inte ge ett heltäckande svar men skall kunna visa vilka fakta som är en förutsättning för ett korrekt juridiskt beslut.

Det behövs också en etisk grund som komplement till det medicinska och juridiska tänkandet. Det etiska resonemanget kan bli en hjälp att finna de slutsatser som aldrig helt kan täckas av medicinskt eller juridiskt kunnande.

Allvarlig kognitiv störning som nytt begrepp

Demensbegreppet är alltför vagt för att avgöra rättshandlingsförmåga eller att i lagtext definiera en grupp. Det avgörande är allvarlighetsgraden av den kognitiva störningen. Begreppet "allvarlig kognitiv störning" skulle kunna utgöra ett begrepp som kan definieras mer tillfredställande än demens. Begreppet innebär en förändring från en tidigare kognitiv förmåga.

Det är troligen inte möjligt att skapa en definition som i alla avseenden är invändningsfri. Det avgörande är om personen saknar förmåga att förstå och bedöma problemställningen och innebörden av den. Det gör att begreppet måste relateras till en specifik situation eller till en specifik frågeställning. Detta gör det möjligt för en person att ha beslutsförmåga i andra specifika frågor.

Förmåga att fatta beslut beror på många faktorer och en allvarlig kognitiv störning är inte den enda viktiga faktorn. Hur en problemställning presenteras kan vara avgörande. Detta gäller såväl möjlighet att förenkla problemställningen som hur och i vilken situation den presenteras. Förmågan att förstå kan variera avsevärt över och mellan dygn, t ex på grund av en konfusion. Detta är aspekter som måste beaktas i en eventuell lagstiftning om tvångs- och skyddsåtgärder.

Gränsdragningsproblemen blir med nödvändighet komplexa, men erfarenhetsmässigt kan de hanteras i en praktisk verklighet. Detta fordrar dock kunskap och erfarenhet vilket också måste beaktas vid en eventuell lagstiftning.

Vilka skulle omfattas av begreppet allvarlig kognitiv störning?

Endast personer över 18 år bör omfattas. Huvudgruppen blir personer med måttlig eller allvarlig demens. Eftersom allvarlig kognitiv störning fastställs utan hänseende till bakomliggande orsak, gäller denna definition även människor som fått en kognitiv funktionsnedsättning av andra orsaker än demenssjukdom t.ex. traumatisk hjärnskada. Även vuxna personer med utvecklingsstörning kan ingå.

Tvångs- och skyddsåtgärder

Vad är tvångs- och skyddsåtgärder?

Följande indelning kan göras enligt Alzheimer Europa¹¹:

- Mekaniska åtgärder, innebär att man använder speciella möbler, kläder eller andra anordningar (t.ex. stolar med s.k. brickbord fästade i armstöden, lösa bälten och remmar, sänggrindar, för att hindra en person att flytta sig eller från att lämna en bestämd plats).
- Fysiska åtgärder, här räknas låsta dörrar in (inklusive olika varianter på kodlås) eller att personalen med händerna (eller med hot om att använda händerna) hindrar någon att röra sig. I betänkandet står:
- *”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”*
- Rörelselarm
- Videoövervakning
- Passiva larm som elektroniska tryckdynor (t.ex. under madrasser eller mattor), infraröda alarm och elektroniska ljudövervakare för att signalera en persons närvaro eller rörelser till personalen
- Medicinering kan också ses som en tvångs- eller skyddsåtgärd. Att använda sövande eller lugnande mediciner enbart för att påverka eller behandla symptom på rastlöshet eller stört beteende så som det uppfattas av andra, ska ses som en tvångs- eller skyddsåtgärd (d.v.s. medicinen används inte primärt för att behandla rastlöshetens eller beteendets underliggande orsaker). Läkemedel kan också påverka vakenhet, motorik, känsloliv och den kognitiva förmågan.

Negativa effekter av tvångs- och skyddsåtgärder

Utöver de negativa effekter som i första hand förknippas med åtgärderna d.v.s. åtgärdernas påverkan på den enskildes integritet och rörelsefrihet, finns andra negativa effekter av tvångs- och skyddsåtgärder som bör tas upp. Här syftas då på kända negativa effekter som följer med fysiska begränsningsåtgärder såsom bälten, brickbord och så vidare. I litteraturen beskrivs bland annat förlust av muskelstyrka, försämrad balans, försämrad gångförmåga, inkontinens och förstoppning vara relaterat till begränsningar i rörelsefriheten^{12, 13}. Detta är effekter som kan komma relativt snabbt och har en negativ påverkan på

¹¹ Definition enligt Alzheimer-Europe. www.alzheimer-europe.org

¹² Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr.* 2005;38:19-25

¹³ Evans D, Fitzgerald M. The experience of physical restraints: a systematic review of qualitative research. *Contemp Nurse.* 2002;13:126-135

vårdtagaren. De negativa effekterna som anges ovan är också relaterade till antalet timmar per dag som vårdtagaren är föremål för åtgärden.

Vilken omfattning har åtgärderna inom omvårdnaden idag?

Tony Pellfolk skriver i sin avhandling från 2010¹⁴ att användandet av tvångs- och skyddsåtgärder för äldre har studerats både på sjukhem och på sjukhus. Tidiga studier som gjorts internationellt visade på en högre prevalens inom sjukhemmen än på sjukhusen medan nyare studier inte ser någon sådan skillnad. Studierna ger dock varierande resultat. I studier gjorda mellan 1990 och 2004 beräknades prevalensen av åtgärder till mellan 15 och 66 procent på sjukhem. Motsvarande siffror för sjukhusen var 8 till 68 procent.

Förklaringen till de stora skillnaderna förklaras av faktorer som hur tvångs- och skyddsåtgärder definieras, hur studierna lagts upp (personnivå eller enhetsnivå, tidsperioder, intervjuer, observation, frågeformulär eller journaluppgifter) samt stora skillnader i användningsgrad mellan olika länder.

I Sverige har endast några få studier genomförts. En tidig studie¹⁵ visade att ungefär en fjärdedel av alla äldre inom institutionsvården ordinerades tvångs- och skyddsåtgärder år 1988. Flest inom psykiatrisk vård (45 %) jämfört med den somatiska vårdens 18 procent. I en senare studie gjord 1994¹⁶ beräknades 22 procent av de boende på sjukhem med inriktning demens ha ordinerats tvångs- och skyddsåtgärder någon gång under den vecka då undersökningen genomfördes. Nästan samma resultat (21 %) sågs i en studie med material från 1998¹⁷. Här sågs dock skillnader mellan sjukhemsavdelningar (24 %) och gruppboenden (9 %). I Pennfolks egen undersökning som jämförde användandet av tvångs- och skyddsåtgärder inom institutionsvård i Västerbotten år 2000 och 2007 sågs en ökning över tid, från 16 till 18 procent. Den vanligaste orsaken till att fysiskt begränsa den äldres rörelsefrihet var för att förhindra personen att falla eller glida ur en stol.

I den genomförda MAS-enkäten ombads MAS att skatta den procentuella andelen personer som bor inom särskilt boende för demenssjuka personer (ej servicehus) och som för närvarande har ordinerade/förskrivna tvångs- och skyddsåtgärder? Låst dörr skulle inte räknas med. Det var 160 MAS som besvarade frågan.

En av fem MAS (18,8 %) skattade att mindre än 10 procent av de boende på demensheterna har ordinerade/förskrivna tvångs- och skyddsåtgärder. Samtidigt sa en av fyra (26,2 %) att mer än hälften av de boende har sådana åtgärder. Tidigare studier har pekat på att cirka 25 procent av de boende har tvångs- och skyddsåtgärder. I enkäten var det ungefär hälften av MAS som skattade en liknande procentsats (mellan 0-30 %).

¹⁴ Pellfolk T. 2010. Physical restraint use and falls in institutional care of old people – Effects of a restraint minimization program. Akademisk avhandling, Umeå Universitet

¹⁵ Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. 1996. Physical restraints in geriatric care in Sweden: prevalence and patient characteristics. J Am Geriatr Soc 44:1348-54

¹⁶ Karlsson S, Nyberg L, Sandman PO. 1997. The use of physical restraints in elder care in relation to fall risk. Scand J Caring Sci 11: 238-42

¹⁷ Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. 2001. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. J Am Geriatr Soc 49:1722-8

På frågan vilken åtgärd som var vanligast menade sex av tio MAS (58,4 %) att sänggrind var vanligast medan 23,7 procent uppgav larmmatta. Övriga åtgärder som rörelselarm, bälte, pejlarm och brickbord skattades bara i enstaka fall som den vanligaste åtgärden.

Nedan finns ett urval av de kommentarer som lämnades av MAS i anslutning till frågorna om omfattning. En av kommentarerna tar även upp åtgärder i form av tvångsliknande metoder i samband med hygiensituationer eller för att hindra någon att gå iväg, vilket inte fanns som alternativ i enkäten.

”Av den uppskattade procentsatsen är det ett begränsat antal som kan räknas som fysiska begränsningsåtgärder. Den största delen är andra åtgärder som t.ex. sänggrind, larm och extra tillsyn.”

”Sänggrindar används bara undantagsvis av demenssjuka personer, individlarm 17 %, bord 5 %, bälte 4 %.”

”Allt ifrån <än 10 % till 70-80 %”.

”Efter samråd med vår demenssamordnare och vår kvalitetsutvecklare SoL, LSS har jag kommit fram till att det troligen rör sig om 50-80 %, lite olika på de olika demensboendena, samt beroende på om man även ska ha med tvångsliknande metoder/inslag som personalen står för i samband med personlig hygien, måltid samt "övervakning" för att personer inte ska försvinna iväg ut eller in till grannar. Om man bara räknar in sådant som bälte, grindar och olika typer av individlarm rör det sig troligen om färre - cirka 50 %”

”De flesta har endast sänggrind, cirka 20 % av de dementa har rörelselarm, cirka 5 % bälte/brickbord”

”Den relativt högt skattade siffran beror på säkerhet under natten, sänggrindar och larmmattor.”

”Det skiljer sig markant mellan de olika boendena och varierar mellan 81 % ned till 16 %, genomsnittet blir 40 %, det handlar mest om sänggrindar.”

”20-30 % är skyddsåtgärder i form av t ex grenbälte, sänggrind, brickbord. När det gäller individuellt larm, larm i form av en larmmadrass/matta/rörelselarm är det 50-60 % som har det.”

”När vi gjorde ett överslag blev det cirka 45 % som har behov av sänggrindar och 10-15 % som har behov av bälte eller brickbord till följd av sin demens. På ett boende ser jag att det är mer vanligt med bälte och där förekommer det i 30 %, det är ett boende som är helt riktat mot demensvård, på övriga boenden är det mer blandat med diagnoser.”

”Vi har fyra SÄBO och på varje finns ett antal platser för personer med demenssjukdom. Siffrorna (mellan 20 – 80 %) visar att det är stora skillnader mellan de fyra äldreboendena, vilket jag förstås kommer analysera framöver.”

Hur motiveras användandet av tvångs- och skyddsåtgärder?

Ett av huvudargumenten för användandet av tvångs- och skyddsåtgärder är naturligtvis behovet av att skydda individen från skador och olyckor. Ett annat argument är att underlätta aktiviteter i det dagliga livet. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom konstateras att det är

vanligt att fysiska begränsningsåtgärder används för att förebygga skador och olyckor bland personer med demenssjukdom. De används för personer med nedsatt rörelse- och balansförmåga för att förhindra fall, undvika permanent sänkläge, men också för att erbjuda en bra sittställning vid måltiden eller för att ge personen med demenssjukdom stimulans och möjlighet till social interaktion.

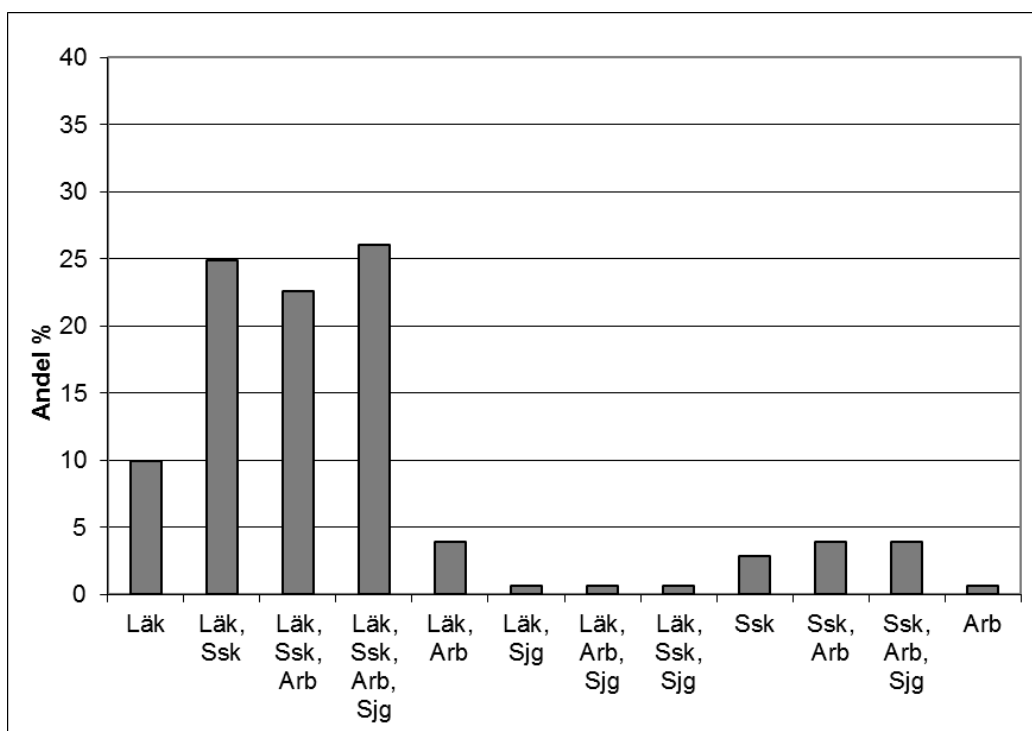
Vem "ordinerar" tvångs- och skyddsåtgärder?

Pennlöv skriver i sitt betänkande (SOU 2006:110) kring yrkesgrupper, ansvar och roller att:

"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."

I enkäten ombads varje MAS att notera vem eller vilka professioner som idag ordinerar tvångs- och skyddsåtgärder till personer inom särskilt boende. Samtliga MAS som besvarade frågan beskrev att ordinationerna låg hos fyra professioner av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal nämligen läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast. Detta stämmer med de föreskrifter som gällde då enkäten gick ut, alltså innan Socialstyrelsen tog bort dem i juni 2010.

Vanligast är att en läkare finns med som förskrivare, ensam eller tillsammans med en eller flera av de övriga grupperna (se figur 1). I några enstaka fall kommenterade MAS att de själva, demenssjuksköterska eller enhetschef kunde vara den som ordinerar utöver ovan nämnda yrkesgrupper



Figur 1. Vilken eller vilka yrkesgrupper ordinerar/föreskriver tvångs- och skyddsåtgärder? (MAS 181 svar)

Kommentarer från MAS i enkäten:

"Alla patienter som har någon typ av bälte eller sele när de sitter uppe har fått det efter samråd med läkare och det är då sagt att läkaren ska dokumentera det i sin journal. När det gäller sänggrindar är det oftast ett beslut av sjuksköterska och beslut om brickbord sker efter utprovning av arbetsterapeut och beslut om larmmattor tas av sjuksköterska och/eller enhetschef."

"Ordinationer dokumenteras i journal och sker i samråd med anhöriga då patienten sällan kan föra sin talan."

"Att förskriva rätt bälte eller annat gör arbetsterapeut efter ordination av läkare. Sjuksköterskorna ordinerar larm och grindar. Oftast är grindarna i ett med sängen; om inte så rekviderar arbetsterapeut rätt grind till rätt säng. D.v.s. oftast ett teamarbete."

"Bälte och brickbord ordinerar av läkare och provas ut av arbetsterapeut. Sänggrind ordinerar av sjuksköterska och provas ut av arbetsterapeut/sjukgymnast. Dörlarm, sängvakt, larmmatta och rörelselarm beslutas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Jenkalarm och nödsändare beslutas av demenssjuksköterska."

"Bälte skrivs inte ut förrän läkare avgjort behovet men som förskrivare räknas arbetsterapeut då det blir en bättre uppföljning och de kan avgöra vilket hjälpmedel som ska användas."

"Detta sker i samråd/team och läkaren har en överordnad roll med den slutgiltiga ordinationen."

”Enligt våra riktlinjer är det sjuksköterskan och arbetsterapeuten som med stöd av teamet gör en riskbedömning och därefter fattar ett beslut om begränsningsåtgärd.”

”Fastspänning med t.ex. grensele, rullstolsbälte, rullstolsbord får inte användas annat än efter läkarordination och då endast för att hindra en svag person från att falla och därigenom komma till skada. Åtgärderna ska vara etiskt försvarbara och användandet ska ske i överensstämmande med kraven på en god vård och omsorg. Bedömningen av behovet om sänggrind ska göras av sjuksköterska/arbetsterapeut/sjukgymnast”

”Förskrivning sker efter läkarens godkännande och alternativa insatser och möjligheter skall ha provats, utvärderats och dokumenterats av sjuksköterskan innan skyddsutrustning kan utprovas eller förskrivas av arbetsterapeut/sjukgymnast.”

”Grindar och larmmatta ordinerar av sjuksköterska. Bälte ordinerar av läkare i samråd med arbetsterapeut. Man samråder också ofta med anhöriga.”

”Vårdpersonalen påpekar behovet av skyddslarm: mattlarm, dörrlarm, rörelselarm. Larmet installeras sedan utan särskild prövning.”

Det är intressant att ställa resultaten från MAS-enkäten mot förslaget i betänkandet (SOU 2006:110) där fokus läggs på att besluten ska tas av socialnämnd eller högre instans med Socialtjänstlagen som grund (se tabell 2) förutom när det gäller ”medicinsk behandling med tvång” där en patientansvarig läkare (PAL) skall ta beslutet.

Enkätsvaren visar att så gott som alla beslut om begränsningsåtgärder tas av HSL-personal och är dokumenterade i journal medan betänkandet ville att det skulle ligga under SOL för att möjliggöra överklaganden till högre instans.

Kan tvångs- och skyddsåtgärder graderas?

Vad som kommit upp i de diskussioner som förts under uppdragets gång är att det både är möjligt, och i en kommande lagstiftning kan finnas skäl att gradera tvångsåtgärder utifrån hur ingripande de är.

En tänkbar gradering utifrån hur tvångsåtgärden objektivt sett kan anses inskränka den enskildes frihet eller påverka den enskildes integritet kan vara:

1. Att utan den enskildes samtycke flytta någon till ett särskilt boende.
2. Att låsa in någon som bor i ett särskilt boende.
3. Att med t.ex. brickbord eller bälte förhindra att personen kan resa sig upp ur stolen eller rullstolen, eller med sänggrind hindra personen att komma upp ur sängen.
4. Att kontinuerligt övervaka den enskilde med kamera eller mikrofoner eller liknande teknik.
5. Att mot den enskildes vilja utföra omvårdnadsinsatser som t.ex. dusch, munhygien och byte av inkontinenshjälpmedel.
6. Att med larm (t.ex. larm på dörr eller larmmatta) eller GPS/liknande teknik kunna följa om den enskilde lämnar rummet/huset och/eller spåra var han/hon är.

Hälso- och sjukvård

1. Att utan den enskildes samtycke tillföra läkemedel som har en begränsande effekt, exempelvis läkemedel som är lugnande eller dämpande.
2. Att blanda medicin i mat eller dryck då man vet att personen annars kommer att vägra ta den.

Tvångsåtgärder kan också bli aktuella i omsorgssituationer, som när den enskilde motsätter sig att vårdbiträdet slänger gammal mat, eller att man vägrar att duscha. Det finns en rad situationer där det kan bli aktuellt att utföra omsorgsåtgärder för den enskildes bästa, trots att han/hon på olika sätt visar att hon inte vill.

En gradering blir alltid generell och behöver inte stämma för den enskilde. Olika individer kan uppleva olika former av skyddsåtgärder olika, vilket kan behöva vägas in i bedömningen av vilken insats som är den mest lämpade för just den individen. Graderingen kan däremot tjäna som en vägledning för hur beslut ska fattas och hur samtycke ska bedömas. Ju mer ingripande åtgärd, dess större krav på att personen själv faktisk kan och har samtyckt. För de mest ingripande tvångsåtgärderna, som flytt till särskilt boende, inlåsning, användning av bälte, att genomföra omvårdnadsåtgärder och att medicinera mot den enskildes vilja, krävs ett beslut som ska kunna överklagas.

En åtgärd som bälte i rullstol kan, som redovisats ovan, förskrivas som ett hjälpmedel enligt HSL. Det finns här en risk för lagkrock, eftersom det finns möjlighet att förskriva vissa hjälpmedel inom hälso- och sjukvården med den enskildes presumerade samtycke medan en tänkt lag om tvångs- och skyddsåtgärder förutsätts innehålla krav på uttryckligt samtycke för att en insats inte ska räknas som tvångsåtgärd.

Insatsen måste alltid utgå från en tänkt ”portalparagraf”, som handlar om att ge individen bästa möjliga livskvalitet. Därav följer att man alltid bör sträva efter att undvika tvångsåtgärder, och om de behöver tillgripas ska en mindre ingripande åtgärd användas i första hand. Teknik som t.ex. GPS-sökning kan därför ses som bättre än en låst dörr, eftersom det möjliggör för den enskilde att gå ut utan att hindras eller behöva ha en övervakare med sig, men kan bli hittad om han/hon förrirrar sig bort. En larmmatta är bättre än videoövervakning eftersom den kan bedömas som klart mindre integritetskränkande.

Ingen tvångsskyddsåtgärd får vidtas på grund av för låg bemanning, bristande kompetens eller olämpliga lokaler. Av detta följer att det t.ex. inte kan vara tillåtet att ersätta personal nattetid med larm eller videoövervakning. Larm och liknande teknik måste alltid vara för den enskildes skull.

Även omvårdnaden kan innehålla för personen nödvändiga insatser som denne ändå motsätter sig. Det kan t.ex. handla om tvätt eller munhygien eller att ta sin medicin. I de diskussioner som förts konstateras att det inte finns en skarp gräns mellan vad som är klok omsorg och vad som är att manipulera och agera

integritetskränkande. Det finns ett behov av en diskussion mellan berörd personal (och anhöriga) där för- och nackdelar resoneras fram innan beslut tas om åtgärden. Med god kunskap, tillräcklig tid och handledning kan behovet av att få den äldre att t.ex. duscha klaras utan tvång. Det blir viktigt att dokumentera alla åtgärder som prövats och att omvårdnaden hela tiden omprövas i syfte att undvika att den enskilde ska känna sig kränkt.

Även om det råder en samstämmighet om att det bör gå att gradera tvångsåtgärderna ges nedan exempel på vikten av att en etisk diskussion förs innan beslut tas.

Exemplet grenbälte

När hjälpmedel och begränsningsåtgärder kopplas samman tänker man nog vanligen på en person som sitter i rullstol, begränsad av grenbälte eller kanske ett brickbord fäst på rullstolen. Bådadera kan av en person som är kognitivt klar ses som enbart hjälpmedel, som stöd för att överhuvudtaget kunna sitta uppe i rullstolen respektive praktiskt att ha saker på brickbordet. För personer med kognitiva funktionsnedsättningar kan det tvärtom upplevas som ett hinder att röra sig fritt, och det som då är tänkt som ett stöd har blivit både en hjälp och ett hinder. Hur kan förskrivningen av hjälpmedel hanteras när en person som behöver ett grenbälte för att kunna sitta i en rullstol utan att glida ur, inte vill ha grenbältet?

I en del fall förskrivs grenbältet inte för att hjälpa personen att kunna sitta i rullstolen, utan för att hindra personen att resa sig upp. Studier från Umeå visar att detta inte är ovanligt, att det sker i god mening för att skydda, men att personalen inte alltid utrett om det verkligen föreligger fallrisk och om det finns andra alternativ¹⁸. I en del fall blir det etiska dilemmat mycket tydligt, exempelvis när grenbälte förskrivs för en person som amputerat båda benen men inte kommer ihåg att han/hon inte kan resa sig upp. Om personen tydligt visar att han/hon inte trivs med detta grenbälte, hur gör man då? Eller den äldre med nyopererad höftled efter en fallskada, ska den personen hindras från att falla igen, med en ny skada som skulle innebära en hög risk för att avlida? Skulle anhöriga godta att personalen ”underlåter” att skydda personen från fallskada?

Exemplet larmmatta

En larmmatta vid sängen är exempel på en förhållandevis ny, men idag tillgänglig och använd teknik. Ett syfte med larmmattan kan vara att den anhörige ska bli varse om den närstående går upp på natten och att anhöriga på det viset ska kunna sova lugnare. På det särskilda boendet kan det vara ett sätt att uppmärksamma personalen på att någon av de boende behöver hjälp. Larmmattan kan ha kommit på plats på åtminstone tre olika sätt: inköpt av den anhörige själv i butik, beviljad som kostnadsfritt anhörigstöd av biståndshandläggaren eller förskrivna som hjälpmedel av legitimerad yrkespersonal.

Oavsett om larmmattan finns i det ordinära boendet, eller om det finns i det särskilda boendet, är den inte där primärt för den berördes skull utan för andra – anhöriga, personal, som vill kunna ha kontroll. Det är en god omtanke, men otvivelaktigt ett ingrepp i den personliga integriteten. Därmed torde den kunna ses som en tvångsåtgärd. Här finns dock ett diffust gränslandskap, t.ex. mellan egenvård och vård som bedrivs under yrkesansvar.

Exemplet dörlarm

I enkäten till MAS svarade några att över 90 procent av de som bor i kommunens särskilda boenden har någon form av begränsningsåtgärd. Andelen kan synas helt orimlig, men förklaras av de kommentarer som lämnats, att kommunen valt att

¹⁸ Pellfolk T, Gustafsson T, Gustafson Y, Karlsson S. 2009. Risk factors for falls among residents with dementia living in group dwellings. *Int Psychogeriatr* 21:187-94

utrusta alla lägenhetsdörrar i sina särskilda boenden med dörrlarm. Dörrlarmet kan ju ses som en lösning på dilemmat med att ha olika former av otillåtna kodlås och liknande anordningar som hindrar personen med demenssjukdom att ta sig ut ur gruppboendet. Dock är dörrlarmet också en begränsningsåtgärd. Den innebär ju att andra märker när den enskilde lämnar sin lägenhet, vilket kan ses som integritetskränkande. Dessutom är det i dessa kommuner ett generellt beslut.

Exemplet GPS/GSM

Det finns också teknik som inte hindrar den enskilde att röra sig fritt, men kan minska risken att försvinna om en person med demenssjukdom förirrar sig ut och går vilse. Det handlar då om olika tekniska lösningar för att göra personen "sökbar", t.ex. en klocka med inbyggd sökfunktion på armen. Detta kan ses som tekniskt stöd som ger den äldre mer rörelsefrihet utan att han/hon utsätts för allt för stor risk att försvinna och inte hitta hem. Personen kan med stöd av tekniska hjälpmedlet röra sig fritt och bli "hittad" om personen försvinner. Under vissa faser i demenssjukdomen kan personen ge sitt samtycke, i senare faser vanligen inte. Då blir ett hjälpmedel av denna art knappast möjligt att använda. Det är ju ett ingrepp i den personliga integriteten, kan kallas för "fotboja" och därmed en begränsningsåtgärd. I exempelvis Norge är GPS eller motsvarande inte tillåtet för kommunerna att använda.

Metodutveckling, forskning och utbildningsinsatser

Socialstyrelsens riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom¹⁹ framhåller ett antal åtgärder som delvis eller till stor del kan påverka användandet av begränsningsåtgärder. Riktlinjerna lyfter fram vikten av en personcentrerad omvårdnad (i en psykosocial miljö som kännetecknas av trygghet och tillgänglighet), multiprofessionellt teambaserat arbete, utbildning kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback men också om tidig social utredning och regelbunden strukturerad uppföljning, läkemedelsbehandling, aktiviteter, fysisk träning och hjälpmedel. Ett eget stycke får beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssymtom (BPSD). Men även den fysiska miljön i det särskilda boendet tas upp. Miljön ska vara personligt utformad, berikad och hemlik och ha en lugn ljudmiljö och möjlighet till utevistelse.

Ovanstående åtgärder är alltså något som rekommenderas i de nationella riktlinjerna men samtidigt konstaterar författarna att det vetenskapliga underlaget för att kunna förorda åtgärderna är svagt. Till stor del beroende på att det inte genomförts tillräckligt många tillförlitliga studier inom de olika områdena.

Information från landets medicinskt ansvariga sjuksköterskor

I enkäten till de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) framkom att många kommuner har försökt att ta ett ansvar i frågan om begränsningsåtgärder. Kommunerna har med hjälp av Socialstyrelsens föreskrifter tagit fram en tydlig struktur för hur personalen ska arbeta för att minska användandet, vad som är tillåtet och inte tillåtet och vem som ordinerar. Mer än 90 exempel på riktlinjer sändes in tillsammans med enkäterna. Många gånger sägs det att riktlinjerna är beslutade i socialnämnd vilket givit dem ett slags legitimitet trots att de fortfarande saknar lagstöd. I och med Socialstyrelsens beslut i juni 2010 om att avskaffa föreskrifterna är de riktlinjer kommunerna tagit fram numera helt utan stöd. I bilaga 2 finns ett exempel på hur riktlinjerna sett ut. Exemplet är taget från Osby kommun. MAS där skriver:

”Jag översänder de riktlinjer som jag upprättat och fått godkända av vår socialnämnd. När det gäller avsnittet om låsning av boendet för personer med åldersdemens så har de varit gällande cirka 15 år i vår kommun. Under dessa år har vi endast vid en handfull tillfällen behövt låsa för kortare tid. Den första åtgärden har alltid varit att bemanna upp med tillfällig personal samt handledning till personal

¹⁹ Socialstyrelsen 2010. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom - stöd för styrning och ledning.

till dess vårdtagaren känt sig lugnare. Vårdtagarens oro har i de flesta fall varit relaterad till nyinflyttning i ett gruppboende.”

Andra MAS har i sina riktlinjer tagit fasta på behovet av att göra en noggrann utredning när behovet av begränsningsåtgärder uppkommer. Individuellt anpassade hjälpmedel för en person med kognitiv nedsättning förutsätter en strukturerad utredning där olika professioner och personens anhöriga involveras. I varje enskilt fall krävs en noggrann utredning om vad som är problemet, olika metoder för att minimera det, och kontinuerlig uppföljning hur den enskilde upplever insatserna som vidtas. I bilaga 3 finns ett exempel från stadsdelen Linnéstaden i Göteborg på hur en checklista kan se ut i samband med utredning av åtgärder vid fallrisk.

I enkätundersökningen ombads MAS att ge exempel på och kommentera arbetsmetoder som ersätter begränsningsåtgärder. De förslag som tas upp är i stor utsträckning de idéer som förs fram i de nationella riktlinjerna.

Kommentarer från MAS i enkäten:

”Bemötande, sysselsättning, lokaler som är anpassade, kontinuerlig utbildning/reflektion i personalgruppen”

”Individuella vårdplaner, möta patienten där han/hon är.Handledning och utbildning till personal.”

”Använda golvlarm/rörelselarm istället för sänggrindar. Tätt tillsyn. I vissa fall extra personal. Mer kvalificerade utredningar om vilka situationer som skapar problem.

”Genom utökad personalbemanning.”

”Skydds/begränsningsåtgärder såsom bälten/bord/grindar/golvlarm etc. används nästan uteslutande vid hög fallrisk. Det är därför angeläget att försöka förebygga fall på andra sätt innan skydds/begränsningsåtgärder används. Ett viktigt område är att minska oro/ångest samt planera för ökad tillsyn.”

”För att begränsa besök av demenssjuka personer vill en del boende ha sina lägenhetsdörrar låsta, vilket sker efter deras önskemål och efter kontakt med närstående och godmän.”

”Aktivering i olika former för att stärka den enskilde och för att ge den enskilde stimulans som i sin tur minskar oro, rastlöshet och också ökar behovet av sömn. Vi arbetar också aktivt med att utbilda omvårdnadspersonalen kring demens. Vi har öppnat en demensdagverksamhet även för personer som bor på boende. Vi har rehabombud på våra demensavdelningar som arbetar mer aktivt för att minska riskerna kring den boende.”

”Aktivering, övervakning, vi använder t.ex. bälte endast vid vissa moment t.ex. måltid och då under uppsikt.”

”Aktivitet t.ex. promenad, att ge måltider tätt, toalettbesök regelbundet, extravak, täta tillsyner”

”Ha etiska övervägningar som i och för sig kan leda till att personen kan falla men att han/hon har en bättre livskvalitet med att inte ha begränsningsåtgärder”

”Aktiviteter av olika slag är bra. Den som går och lägger sig ska vara trött och vilja sova. Det är nog det bästa för att undvika oro vilket är det som oftast gör att

någon "är på rymmen". "Lågsäng använder vi för att undvika grindar. Vi har extravak i vissa fall men vissa personer blir istället oroliga av det.

"Personal behöver mycket utbildning om demenssjukdomar, även sjuksköterskor, rehab, chefer och biståndshandläggare.

"Larm ser inte jag som en begränsningsåtgärd utan larmet gör att skador undviks och att personalen kan komma snabbt.

Alternativa behandlingsmetoder vid t.ex. oro, fallrisk och BPSD kan vara; Bolltäck, kost (nattmat), utevistelse/fysisk aktivitet, sällskap, anpassade hjälpmedel som försvårar utan att begränsa, avledande aktiviteter - allt för att den alternativa begränsningsåtgärden inte skall vara läkemedel istället."

"Att arbeta på ett annat sätt. Relationsinriktat arbetssätt utifrån ett salutogent synsätt innebär att man frigör tid att umgås med brukaren under dagen. Man delar in arbetet så att en av omsorgspersonalen har en "praktisk tur" och de övriga har "brukarfokus" under dagen och umgås hela dagen med sina brukare. Den "praktiska turen" turas omsorgspersonalen om att ha. Var och en av omsorgspersonalen har denna praktiska tur ca en gång per vecka. Detta arbetssätt innebär att man är mer med brukarna och kan stötta och hjälpa vid behov."

"Bemötande, individanpassade aktiviteter kan till viss del ersätta men inte helt."

"Diskussioner förs i omvårdnadsteam, innan begränsningsåtgärder ordinerar."

"Med gott bemötande och tillräcklig stimulering eller lugn och ro skulle en del begränsningsåtgärder kunna undvikas. Det är viktigt att boendet är rätt utformat så att personalen har god överblick över den boende."

"Observationer/reaktioner och utvärdering av begränsningsåtgärder, noggrann dokumentation. Utbildning och handledning om förståelsen av användandet av begränsningsåtgärder."

"Olika typer av avledande knep är det vanligaste t.ex. taktil stimulering, erbjuda mat o dryck, byta samtalsämne, gå en promenad, lyssna på musik, titta på tv, återföra till social gemenskap i dagrum."

"Om fördelning av personalresurser i den egna gruppen/hjälpas åt mellan enheterna gällande tillsyn. Teamarbete. Arbeta efter upprättad vårdplan"

"Vid behov, då vi har utåtagerande demenssjuka (BPSD), ökar vi bemanningen inom avdelningen för att hålla den aktive under uppsikt och skydda medboende."

Enkätsvaren och de kommentarer som ges pekar på att det inom äldreomsorgen finns goda kunskaper om hur tvångs- och skyddsåtgärder kan minskas eller förhindras, vilket till största delen handlar om förmåga (kompetens) och resurser för att möjliggöra ett bra bemötande. Dock kan man notera att MAS i sina kommentarer ibland föreslår en ny tvångs- och skyddsåtgärd för att ersätta en annan. Vilket leder tillbaka till tidigare förda resonemang kring behovet av gradering av åtgärder.

Utredningen

Vid dialogseminarierna under våren 2010 fanns en gemensam uppfattning att orsaken till beteendestörningar eller andra problem som aktualiserar användandet av begränsningsåtgärder först måste utredas noga. En slags checklista förordades, som kan användas från utredning av problem till uppföljning av insatser.

När man ser att en person inte kan bedöma sin egen situation och utsätter sig själv för risker ska en noggrann utredning genomföras, där följande frågeområden bör ingå:

- Ingår personen i personkretsen, dvs. har han/hon förmåga att fatta adekvata beslut om sig själv eller inte?
- Rör det sig om ett tillfälligt förvirringstillstånd (konfusion) eller en permanent nedsättning av rättskapaciteten? Varierar förmågan vid olika tider på dagen?
- Vad har personen tidigare uttryckt som sin vilja – detta är vägledande men inte styrande, det är alltid situationen här och nu som måste bedömas.
- Hur kan man tolka vad personen vill, vad står t.ex. ett ”nej” för? Medlet är den empatiska och kunniga personalen.
- Beror behovet av tvångsåtgärd på något åtgärdbart medicinskt problem, felaktig medicinering eller liknande? En grundlig medicinsk bedömning måste göras.
- Beror behovet av tvångsåtgärd på brister i omvårdnad och omsorg? Olika professioner måste delta i bedömningen.
- Olika omvårdnads- och omsorgsåtgärder måste prövas och noga dokumenteras innan tvångsåtgärder övervägs.
- Om en tvångsåtgärd bedöms nödvändig så ska den vara tidsbegränsad, följas upp och efter kort tid omprövas.

Kan ny teknik öka säkerheten och minska tvånget?

Tekniska hjälpmedel syftar till att stödja en person så att effekter av funktionsnedsättningar inte alltför mycket ska begränsa den enskilde i de dagliga aktiviteterna. För en person med kognitiv nedsättning kan effekten dock bli, eller upplevas bli, den motsatta, att hjälpmedlet begränsar vardagen. Det som personen skulle säga ja till om hon eller han hade full rättskapacitet kan vara något hon nu protesterar mot pga. sin demenssjukdom. Det kan ställa vårdpersonalen inför besvärliga etiska dilemman. Visserligen ska etiska värderingar och bedömningar ske vid all förskrivning och användning av hjälpmedel under hela sjukdomstiden. Men även när man på ett korrekt sätt utgår från individens behov, efter att en utredning och bedömning gjorts, kan hjälpmedlet bli eller av den enskilde upplevas som en begränsande åtgärd.

Det är också kulturellt betingat vad som kan ses som godtagbart. Kameraövervakning marknadsförs som ett sätt att ge ökad trygghet, inte bara på allmänna platser utan även i lägenheten hos en person som har en demenssjukdom. Anhöriga, och personal, ska kunna se om något hänt och ingripa vid behov. Larmmatta kan vi i Sverige se som en mild kränkning av den personliga integriteten jämfört med kameraövervakning. Men i andra länder kan man se helt annorlunda på kameraövervakning, d.v.s. som ett klokt hjälpmedel för att öka tryggheten för alla de berörda. Vad är kulturellt betingat i värderingen av vad som kränker integriteten jämfört med vad som ökar tryggheten och säkerheten?

Det saknas statistik som visar hur ny teknik kommer till användning för att stödja personer med demenssjukdom och deras anhöriga. Det finns därmed inte heller

några säkra uppgifter om i vilka sammanhang användandet kan ses som etiskt tveksamt eller som direkt integritetskränkande.

Hjälpmedelsinstitutet har gjort en uppföljning av en nationell kartläggning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar. En enkät har skickats ut till hjälpmedelskonsulenter som arbetar med vuxna personer. Enkäten skickades ut till 22 regioner varav 20 svarade. Resultatet visar att hjälpmedelskonsulenter inom kognitionsområdet kan se en ökning av förskrivning av kognitivt stödjande hjälpmedel.

Fortfarande saknas det dock kunskap inom området och det verkar vara en underförskrivning av kognitivt stödjande hjälpmedel. Det mest förskrivna tekniska hjälpmedlet var Natt- och dagkalender²⁰.

Utöver de grundlagar som reglerar den personliga friheten och integriteten, socialtjänstlag och hälso- och sjukvårdslag blir också lagen om bostadsanpassning aktuell i det ordinarie boendet, liksom föreskrifter om egenvård (Socialstyrelsen). Arbetet med att nyttja ny teknik för att underlätta vardagen för en person med demenssjukdom har varit framgångsrikt under senare år. Regeringen har stöttat arbetet bl.a. via stimulansmedel som hanterats av Hjälpmedelsinstitutet.

Hjälpmedelsinstitutet har ställt samman vad det finns för möjliga tekniklösningar som kan användas för att larma om något händer, att underlätta för en person att hitta eller att hitta en person som förrirat sig. I bilaga 4 redovisas en sammanfattande förteckning över idag tillgänglig teknik och produkter inom området. Nedan redovisas olika sätt att idag tillhandahålla kognitivt stödjande produkter och tjänster.

Hjälpmedel inom hälso- och sjukvård

Många kognitivt stödjande produkter kan förskrivas som hjälpmedel inom hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen. Riktlinjer, policy och sortiment beslutas lokalt.

Biståndsbeslut

Inom kommunens socialtjänst biståndsbedöms behov av t.ex. trygghetslarm som efter beslut tillhandahålls enligt socialtjänstlagen.

Bostadsanpassning

Om produkten utgörs av en fast montering kan den installeras som en bostadsanpassning enligt lagen om bostadsanpassningsbidrag. Den tillhandhålls efter en ansökan om bostadsanpassningsbidrag i den egna kommunen.

²⁰ Dahlin E. Kognitiva hjälpmedel. 2010. Uppföljning av en nationell kartläggning av hjälpmedelsförsörjningen för personer med kognitiva funktionsnedsättningar. Hjälpmedelsinstitutet

Eget inköp

I handeln finns kognitivt stödjande produkter och tjänster att köpa, t.ex. larmmatta, dörrvakter eller barnlarm. Här gäller konsumentköplagen.

Snabb teknisk utveckling

Det sker en snabb teknikutveckling av produkter och informations- och kommunikationstjänster. Samtidigt sker en ökning av teknikanvändningen generellt men även inom hjälpmedelsområdet där mycket hamnar i gränslandet till vad som kan betraktas som tekniska hjälpmedel. Det sker också en utveckling av kognitivt stödjande hjälpmedel som kan ha stor betydelse genom att vara ett stöd i dagens olika aktiviteter och ge möjligheter att vara aktiv, delaktig och trygg utifrån personens egen förmåga. Arbetet med att nyttja ny teknik för att underlätta dagen för en person med demenssjukdom har varit framgångsrikt under senare år. Exempelvis har Hjälpmedelsinstitutet genomfört ett par stora projekt inom området kognitivt stödjande hjälpmedel för personer med demens. Genom regeringsuppdraget, Teknik för äldre, har ett hundratal projekt genomförts och flera produkter och tjänster för äldre och deras anhöriga utvecklats. En eventuell lag om tvångs- och skyddsåtgärder måste utformas så att den stödjer teknikutvecklingen och ger möjlighet att använda för individen bra men idag okänd teknik.

Sammanfattande överväganden kring ny teknik

Det är viktigt att personer med demenssjukdom vid förskrivning av tekniska hjälpmedel så långt det är möjligt är delaktiga i förskrivningsprocessen och att hänsyn tas till tidigare vanor och roller. Tekniska hjälpmedel är, som namnet antyder, i grunden något positivt, ett stöd för den enskilde att kunna klara sig själv. Att tekniska hjälpmedel också kan användas som begränsningsåtgärd är väl känt. Den nya tekniken har inneburit att ett större tvång, t.ex. låst ytterdörr, kunnat ersättas med tekniska lösningar som gett den enskilde större rörelsemöjlighet men samtidigt inkräktar på integriteten. Vad som är ”rätt” tekniskt hjälpmedel och när ett tekniskt hjälpmedel blir en tvångs- eller skyddsåtgärd kan aldrig besvaras generellt utan måste alltid utredas och bedömas utifrån individens behov och upplevelse av åtgärden liksom den situation och den kontext som tekniska hjälpmedlet ska användas i. Det är också viktigt med regelbundna uppföljningar och ny bedömning vid förändringar av personens aktivitetsförmåga och/eller hälsotillstånd. Det mesta kan bli begränsande i det enskilda fallet. Som en arbetsterapeut uttryckt det: *”Om en svart matta upplevs som ett gapande hål, och -lagd framför ytterdörren - hindrar personen att lämna sitt hem, så är också denna helt vanliga matta en begränsningsåtgärd.”*

Generella åtgärder av typ dörrlarm är etiskt och juridiskt tveksamma. Idag ses knappast dörrlarm som en naturlig utrustning i en fastighet, och skulle förstås aldrig godtas om det byggdes in generellt i ett vanligt flerbostadshus. En åtgärd som ”drabbar” alla kan således knappast ses som acceptabelt. Inte heller kan man utgå från att viss teknik – eller ens en vanlig matta – aldrig kan vara en begränsande åtgärd. Det handlar alltid om vad som stämmer för den enskilde individen, och hur den enskilde tolkar sin omvärld.

En generell utgångspunkt bör vara att tekniska hjälpmedel som dörrlarm provas individuellt. Tekniken kan finnas, men aktiveras först efter ett individuellt beslut efter en noggrann utredning och regelbunden omprövning eller vid förändringar av personens hälsotillstånd. Men även då torde det vara nödvändigt med någon form av lagstöd som medger att man ska kunna vidta åtgärden för att skydda personen från att kunna försvinna ut och fara illa.

Även teknik som ger rörelsefrihet men innebär att personen kan följas och spåras behöver ett tydligt lagstöd. I dagsläget innebär det oklara rättsläget att denna nya teknik underutnyttjas.

Tekniska hjälpmedel kräver kunskap

Individuellt förskrivna tekniska hjälpmedel till en person med kognitiv funktionsnedsättning förutsätter kunskap om demenssjukdomen och om hjälpmedlets funktion. En strukturerad utredning ska alltid göras där bedömningsinstrument används och där olika professioner och personens anhöriga involveras. I varje enskilt fall krävs en noggrann utredning om vad som är behovet och problemet, olika metoder för att minimera det, och kontinuerlig uppföljning hur den enskilde upplever insatserna samt hur dessa fungerar som vidtagits.

När det gäller en kommande lagstiftning måste det finnas en öppenhet för ny teknik som kan öka friheten för personer med demenssjukdom. Det gäller att lagstiftningen hänger med i den snabba utveckling som pågår.

Aktuell forskning inom området

Här presenteras resultat av och kommentarer till den genomgång som gjorts av aktuell forskning inom området. Efter genomläsningen av de 27 studier som valdes ut kunde två huvudteman ses:

- Boendeformens och/eller organiseringens betydelse och påverkan på användandet av fysiska begränsningsåtgärder
- Hur utbildningsinterventioner riktade till personal påverkar användandet av fysiska begränsningsåtgärder

Avsnittet avslutas sedan med en översikt av aktuell forskning om hur den fysiska utformningen av boenden för personer med demenssjukdom kan och bör se ut.

Studier om boendeformens och/eller organiseringens betydelse och påverkan på användandet av fysiska begränsningsåtgärder

Här diskuteras fem artiklar som berörde boendeformens betydelse när det gällde bl.a. fysiska begränsningsåtgärder.

I Gruneir et al (USA, 2008)²¹ lyftes frågan om särskilda enheter för personer med moderat demenssjukdom innebär ett bättre omhändertagande och bättre vård? I inledningen pekar författaren på tidigare metodproblem i studier av effekterna av dessa enheter samt att det är stora skillnader i innehåll mellan enheter som säger sig ha en specialinriktning mot demens. En del saknade t.ex. helt särskilda metoder och var som vilken äldreboendeenhet som helst. Syftet med studien var att se om särskilda enheter för personer med demenssjukdom påverkade användandet av fysiska begränsningsåtgärder, användandet av sond vid matning och användandet av psykofarmaka. Resultatet visade på en minskning av begränsningsåtgärder (från 18 till 9,3 %) och en ökning av antipsykotika (16,3 % till 26,3 %) under den studerade perioden. Men detta kunde inte kopplas till öppnandet av särskilda enheter för personer med demenssjukdom. Författarna menar att man inte bör dra generella slutsatser men pekar på betydelsen av en ”vårdfilosofi” som i sig utövar påverkan och där bildandet av särskilda enheter är ett uttryck för denna förändring i synsätt och arbetssätt.

I en annan artikel (Gruneir et al, USA²²) från samma år, 2008, har forskarna tittat på om ”specialvården” för personer med demenssjukdom verkligen är ”speciell”. Studiens resultat är något knapphändig men man menar att de boende på särskilda enheter fick en annan vård än de på vanliga enheter – oklart på vad för sätt – men det syntes genom färre sänggrindar (inga skillnader för andra begränsningsåtgärder) men med mer psykofarmaka. De äldre som bodde i dessa särskilda enheter hade också oftare beteendestörningar och psykiska problem.

²¹Gruneir, A., Lapane, K., Miller, S., Mor, V. Does the presence of a Dementia Special Care Unit Improve Nursing Home Quality. *J Aging Health* 2008; 20; 837

²² Gruneir, A., Lapane, K., Miller, S., Mor, V. Is Dementia Special Care really Special? A New Look at an Old Question. *J Am Geriatr Soc.* 2008 Feb;56(2):199-205.

Nobili et al²³ (Italien) publicerade 2008 en studie som var en jämförelse mellan särskilda "Alzheimerboenden" och traditionella sjukhem. Nobili et al jämförde de olika boendeformernas karakteristika och vilken effekt de olika boendena hade på dödlighet, hospitalisering, användandet av fysiska begränsningsåtgärder, fall och förekomsten av antipsykotisk medicinering. Bakgrunden till studien var att författarna, liksom Gruneir et al, uppfattade att betydelsen av olika boendeformer samt effekten av dessa uppvisat olika resultat. Studien av Nobili et al visade att de boende i de "särskilda enheterna" skilde sig åt i relation till boende på traditionella sjukhem. De var yngre, hade mindre grad av kognitiva och funktionella funktionsnedsättningar men hade mer och allvarigare beteendestörningar. I jämförelse med boende på traditionella sjukhem hade de en lägre grad av hospitalisering, mindre användning av fysiska begränsningsåtgärder och större möjlighet till att antipsykotiska läkemedel skulle sättas ut (antipsykotika var vanligt i båda boendeformerna).

Slutsatsen enligt författarna är att de särskilda enheterna har god effekt för denna målgrupp och att särskilt utbildad personal och en anpassad samt stödande social miljö kan vara en förklaring till effekterna.

I Holland publicerades 2008²⁴ en studie som studerade effekterna av gruppboende i jämförelse med traditionellt boende i sjukhem. Studien visade att fysiska begränsningsåtgärder var mindre vanligt i gruppboendena i jämförelse med sjukhem. De boende i gruppboende hade en mer estetisk miljö, fler aktiviteter och var mer aktiverade socialt. Det fanns inga skillnader vad gäller kognitiv förmåga och beteendeproblem mellan de båda studerade grupperna. Det var heller ingen skillnad i förskrivning av psykofarmaka. Boekhurst et al som genomförde studien menar emellertid att det finns metodproblem i studien bl.a. att uppföljningstiden var kort samt att det varit olika personer som fyllt i de enkäter som använts (vid baseline och vid uppföljning). Forskarnas uppfattning efter studiens genomförande är att det finns positiva effekter av gruppboende men att traditionella sjukhem också gav god vård vilket ledde fram till deras slutsats att det i framtiden mycket väl kan vara så att man kombinerar det bästa från vården i gruppboende och traditionella sjukhem.

2010 publicerade Weyrer et al²⁵ en studie från Tyskland. Syftet med studien var att utvärdera specialenheter för personer med demens i jämförelse med traditionella enheter. Så som i andra refererade studier så fanns det en skillnad mellan boendena i form av fler och mer beteendestörningar och högre grad av rörlighet hos personerna på traditionella enheter. Weyrer et al fann att på de särskilda enheterna var det fler volontärer involverade, mer social kontakt mellan personal och boende, mer aktiviteter utanför boendet, färre fysiska begränsningar,

²³Nobili, A., Piana, I., Balossi, L., Pasina, L., Matucci, M., Tarantola, M., Trevisan, S., Lucca, U., Tettamanti, M. Alzheimer Special Care Units Compared with Traditional Nursing Home for Dementia Care. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2008 Oct-Dec; 22 (4):352-61.

²⁴Boekhurst, S., Depla, M., de Lange, J., Pot, A M., Eefsting, J. The Effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009 Sep;24(9):970-8.

²⁵Weyrer, S. Schäufele, M., Hendlmeier, I. Evaluation of Special and Traditional Dementia Care in Nursing Homes; results from a cross-sectional Study in Germany. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010 Jan 6.

mer deltagande i fysiska aktiviteter, minnesträning och liknande, fler besök av psykiatriker och mindre användning av antipsykotika men mer användning av antidepressiva läkemedel. Det som inte var någon skillnad mellan de olika boendena var antal hembesök, anhörigas delaktighet, kontakten mellan de boende, felaktig medicinering, användandet av psykofarmaka, läkemedel mot demens och sömnmedel/ångestdämpande läkemedel.

Sammanfattning

Det finns skillnader i karakteristika mellan olika specialenheter riktade till personer med demenssjukdom. Men som några antyder, det räcker inte att man definierat vården som ”särskild” utan det är vårdinnehållet och vårdfilosofin som är avgörande. I de amerikanska studierna blir det särskilt tydligt eftersom viljan att bilda särskilda enheter avspeglar en vårdfilosofi som också påverkar övriga verksamheter.

Det finns skillnader mellan de ”särskilda boendena” och de traditionella när det gäller målgrupp. I de särskilda boendena tycks det som om det är mer förekommande med beteendestörningar, psykiska symtom samtidigt som de boende kan vara yngre, mer rörliga och ha färre funktionsnedsättningar. Mot bakgrund av att det inte sällan är mindre användning av fysiska begränsningsåtgärder ”i specialboendena” kan det tala för att åtgärderna används i syfte att stödja en person mer än att begränsa rörligheten. Det här är något som de refererade författarna inte lyft upp till diskussion.

Studier om hur utbildningsinterventioner riktade till personal påverkar användandet av fysiska begränsningsåtgärder

Sju av studierna identifierades som inriktade på olika former av interventioner, utbildning och handledning av vårdpersonal med syfte att öka vårdens kvalitet gällande personer med demenssjukdom. I några av studierna fanns ett direkt syfte att minska användandet av fysiska begränsningsåtgärder.

Testad et al²⁶ (Norge) genomförde 2005 en interventionsstudie i syfte att minska antalet begränsningsåtgärder och beteendestörningar hos den enskilde. Interventionen bestod av ett endagsseminarium för personalen samt handledning en timma per månad under sex månader. Utbildningen hade fokus på beslutsprocessen kring begränsningsåtgärder samt alternativ till användandet av dessa. Effekten visade på en nedgång av användandet av begränsningsåtgärder med 54 procent i relation till kontrollgruppen men ingen effekt på beteendestörningar som aggressivitet utan snarast en mindre ökning i interventionsgruppen. Det senare förklarar Testad et al med att personalen eventuellt blivit mer observanta på olika symtom.

²⁶Testad, I., Aasland, A., Aarsland, D. The effect of stafftraining on the use of restraint in dementia: a singleblind randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005 Jun;13(6):501-9.

Huizing et al²⁷ (2006) genomförde en liknande intervention i Holland på ett antal psykiogeriatriska boenden i form av utbildning. Syftet var att ge stöd till personalen att inte använda begränsningsåtgärder. Utbildning i individuell vård genomfördes av en specialistsjuksköterska. Olika teman diskuterades under utbildningen som genomfördes under en tvåmånadersperiod, fem träffar à två timmar. Vid utbildningstillfällena inbjöds deltagarna att ta upp egna praktiska problem och frågor till diskussion. En tredjedel av sjuksköterskorna på varje avdelnings deltog samt ansvarig sjuksköterska och grupperna indelades så att deltagarna representerade olika enheter. Den specialistsjuksköterska som genomförde programmet var också tillgänglig för handledning och rådgivning samt besökte enheterna som ingick i interventionen. Resultatet visade att det inte var någon större skillnad i användandet av begränsningsåtgärder över tid i interventionsgruppen men att de ökade över tid i kontrollgruppen.

I en liten interventionsstudie från Taiwan, publicerad 2006²⁸, gjordes försök med musik och rörelse i grupp med syfte att minska aggressivitet hos äldre med demenssjukdom och i förlängningen minska behovet av psykofarmaka och begränsningsåtgärder. Studien genomfördes som en RCT-studie (randomiserad kontrollerad studie) och under en fyraveckorsperiod, två gånger i veckan à 30 minuter spelades bekant musik med möjlighet att röra sig till. Resultatet visade en tydlig nedgång avseende aggressivitet i jämförelse med kontrollgruppen. Tyvärr framgår det inte hur det påverkat andra faktorer som användandet av psykofarmaka eller begränsande åtgärder.

En fallstudie från Australien, publicerad 2009²⁹, beskriver ett kvalitetsutvecklingsprojekt i syfte att minimera användandet av begränsningsåtgärder. Projektet innehöll bl.a. policyutveckling, attitydundersökning, utbildningsinsatser och handledning. Genomförandet skulle utgå ifrån aktuell kunskap om implementering och förändringsarbete. Genomförande tog längre tid än de fyra månader som man planerat för (sex månader) men resulterade i mindre användning av begränsningsåtgärder utan att antalet fall ökade.

Kuske et al³⁰ publicerade 2009 (Tyskland) en randomiserad studie där utbildnings- och avslappningsprogram testades i olika personalgrupper. En grupp vårdpersonal fick möjlighet till utbildningsprogram om demens, en annan grupp till avslappningsprogram och en tredje utgjorde kontrollgrupp. Utbildningsprogrammet innehöll moment som syftade till att utveckla interaktionen mellan vårdare och boende. Personal som ingick i avslappningsgruppen övade tekniker

²⁷Huizing, A., Hamers, J., Gulpers, M. Berger, M. Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatr.* 2006 Oct 26;6:17

²⁸Sung, H., Chang, S., Lee, W., Lee, M. The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complement Ther Med.* 2006 Jun;14(2):113-9. Epub 2006 May 11.

²⁹ Johnson, S., Ostaszkiwicz, J., O'Connell, B. Moving beyond resistance to restraint minimization: a case study of change management in aged care. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2009;6(4):210-8. Epub 2009 Aug 17.

³⁰Kuske, B., Luck T., Hanns,S., Matschinger,H., Angermeyer, M.C., Behrens J. and Riedel-Heller, S.G. Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *Int Psychogeriatr.* 2009 Apr;21(2):295-308. Epub 2009 Feb 5.

för att slappna av genom muskelavspänning, andningsteknik och guide meditativa övningar. Grupperna jämfördes sedan med varandra och med kontrollgruppen avseende fysiska begränsningsåtgärder och användning av lugnande läkemedel. Både utbildningen och avslappningen minskade användandet av fysiska begränsningsåtgärder och ordinationen av lugnande läkemedel jämfört med kontrollgruppen vid uppföljning sex månader efter genomfört program.

2010 publicerade Testad et al³¹ ytterligare en studie på temat vilken effekt personalutbildning har på agitation och användandet av begränsningsåtgärder. Fyra sjukhem deltog i studien antingen som deltagande eller som kontrollgrupp. Interventionen bestod av en tvådagarsutbildning (seminarium) samt handledning en gång i månaden under 6 månader. En baselineundersökning genomfördes avseende de boende och som följdes upp efter 6 och 12 månader. Andelen boende som fick insatta begränsningsåtgärder var mindre i interventionsgruppen efter sex månader, men efter 12 månader fanns ingen statistiskt signifikant skillnad. Användandet av psykofarmaka var låg i båda grupperna och förblev låg både efter 6 och 12 månader. Agitation hos de äldre minskade.

Pellfolk et al³² publicerade 2010 en randomiserad studie om effekterna av ett program med syftet att dels minska användandet av begränsningsåtgärder, dels öka kunskapen och påverka attityderna om fysiska begränsningsåtgärder. Utbildningsprogrammet pågick under sex månader och innehöll sex teman (ett per månad). En frivillig från varje deltagande enhet genomgick hela utbildningsprogrammet komprimerat till två dagar. Genomförandet av utbildningsprogrammet för all personal innebar 30 minuters videoföreläsning varav tre föreläsningar kompletterades med kliniska fallbeskrivningar (skriftliga) som kunde användas som diskussionsunderlag. Resultatet var att personalens kunskap och attityder till begränsningsåtgärder förändrades och användandet minskade utan att det påverkade användandet av psykofarmaka eller antal fall.

Sammanfattning

Det finns goda skäl att dra slutsatsen att olika interventioner i syfte att öka kunskapen och ge redskap till vårdpersonalen minskar användandet av fysiska begränsningsåtgärder. Det är emellertid viktigt att återigen notera att man aldrig kommer ner till noll i användandet. Behovet tycks kvarstå hos några individer och kunskapen om dessa behöver förbättras. Det är också tydligt att interventioner av detta slag måste följas upp med aktiviteter som sträcker sig över tid och som kan vara en naturlig del i vardagsarbetet t.ex. handledning, reflektionsamtal. Då det kan vara en relativt stor omsättning av personal på vissa ställen måste dessa punktinsatser ske vid upprepade tillfällen. Utformningen av interventionen har stor betydelse liksom om hela eller delar av personalen är föremål för interventionen. De interventioner som tar ett helhetsgrepp genom att öka

³¹Testad, I., Ballard, C., Bronnick, K., Aarsland, D. The effect of Staff training on agitation and use of Restraint in Nursing Home Residents With Dementia: A Single-Blind, Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry*. 2010 Jan;71(1):80-6.

³²Pellfolk, T., Gustafson, Y., Bucht, G., Karlsson, S. Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010;58 (1) ss 62 -69.

kunskapen och förhållningssättet till personer med demenssjukdom är generellt mer tilltalande då de fokuserar på att inte bara undvika begränsning utan även minimera risken för att fysiska begränsningsåtgärder inte ersätts av andra åtgärder.

Man kan konstatera att det saknas kvalitativ forskning som fokuserar på en mer fördjupad kunskap om situationen för den grupp som faktiskt, oavsett intervention, fortfarande bedöms ha behov av begränsande åtgärder. Det finns också behov av att kunna kategorisera olika former av fysiska begränsningar och kanske ställa frågan om allt verkligen är begränsande i negativ mening? I den forskning som presenterats ovan är ofta utgångspunkten att fysiska begränsningsåtgärder är indikation på något icke-önskvärt. Man kan ställa frågan hur den utgångspunkten påverkar frågeställningar, resultaten och de slutsatser som dras?

Studier om gruppboendets fysiska utformning

Under arbetet med denna rapport har ingen studie som direkt belyser sambandet mellan gruppboendets fysiska utformning och förekomsten av tvångs- och skyddsåtgärder hittats. Däremot finns mer allmän kunskap som kan vara av värde för att utforma miljöer som kan stödja att tvångsåtgärder kan minimeras.

Allmänna rekommendationer för byggnadsutformningen av boendeformer för äldre betonar fyra designkriterier: bostadslikhet, hemlighet, överblickbarhet och orienterbarhet³³. Demenssjukdomen medför en rad specifika svårigheter, exempelvis att förstå hur miljön är arrangerad, att uppfatta rummet adekvat, att hitta rätt i både nya och välkända miljöer, att känna igen vardagliga föremål eller att tolka kontraster, mönster och symboler. En rätt utformad miljö kan stödja bevarade funktioner och därmed bidra till trygghet och välbefinnande.

Utgångspunkten i goda vård- och boendemiljöer måste alltså vara att skänka trygghet, välbefinnande, igenkänning och att genom sin utformning stödja dagliga aktiviteter samt undvika skador och risker. Av erfarenhet vet vi att små enheter och ett mindre antal vårdare är av godo inom demensvården. Likaså vet vi att långa ändlösa korridorer bör undvikas för att istället prioritera en större central yta för social samvaro som lätt kan lokaliseras av alla vilken lägenhet man än kommer ut ifrån. Om man i kombination med ovanstående tar vara på färgsättningens möjligheter kan man ytterligare bidra till tydlighet. Detta kan både ske genom markering av ytor som man önskar skall vara lätta att uppmärksamma för de boende respektive genom att kamouflera andra så att inte koncentrationen störs.

Likaså kan ett fullgott överljus i kombination med punkt- och arbetsbelysning med tillräcklig ljusstyrka och avbländning för den äldre såväl stälpa, om den är

³³ (Magnus Rönn, Att bedöma arkitektonisk kvalitet. Sid. 9-32. I: Johansson, R, Rönn, M, Werner, I-B, 2005: Om kvalitet i arkitekturen. Stockholm: Kungl Tekniska Högskolan)

felaktig, som hjälpa om den är optimal, de goda intentioner man haft med boendet.

Vid hög ålder finns även risk för försämrad hörsel där ljud både kan förstärka och störa perception och uppmärksamhet. Det är därför av vikt att balansera mellan såväl under- som överstimulering av ljud i boendemiljön. Vid demenssjukdom kan detta kompliceras ytterligare genom att tolkningen och förståelsen av olika ljud kan vara påverkad.

Genom att undvika obehagligt ljud har man kunnat minska oro och agiterat beteende. Naturliga bakgrundsljud har visat sig ha en lugnande effekt, medan avslappnande/klassisk musik har bidragit till en lugnare måltidsmiljö och en lägre frekvens av orolig vandring och ökad social samvaro. Likaså har lukt betydelse för välbefinnandet. En fräsch doftmiljö och maskering av odör kan dämpa oro i akuta situationer. Konklusivt kan sägas att behagliga dofter tycks bidra till lugn medan obehagliga dofter bidrar till oro^{34, 35}.

Cirka hälften av fallolyckorna bland äldre i särskild boendeform inträffade i den egna lägenheten eller sovrummet enligt en studie genomförd vid ett äldreboende i Skellefteå. En tredjedel av olyckorna inträffar nattetid. Det har visats att risken att falla i hemmet ökar om den äldre har mörka möbler och mörka mattor. Kontrast behövs för att se det man betraktar medan små färgskillnader gör att man inte ser lika lätt. Samtidigt bör skarpa färgkontraster vid trösklar och i golv undvikas, eftersom det kan uppfattas som nivåskillnader eller hål. Färgat kakel bakom vita handfat och toalettstolar kan underlätta för äldre att orientera sig och bli mer oberoende i badrumsmiljöer. Viss kulörskillnad mellan rummets väggar samt något mörkare golvlistor ger hjälp att uppfatta rummets gränser³⁶.

Utemiljön är en viktig del i miljön på ett särskilt boende vilket behöver uppmärksammas mer. I fullskaleförsök har konstaterats att utemiljön kan användas för träning, rehabilitering, och fungera som social mötesplats med upplevelser av natur och vattenspel³⁷. Möjlighet att enkelt röra sig mellan ute och inne utan risk att därmed förirra sig bort ökar rimligen tryggheten för alla berörda. Att vistas utomhus i dagsljus kan bidra till att dygnsrytmen normaliseras genom att man blir naturligt trött nattetid och sover bättre. Man har även sett en minskning av aggressivt beteende efter utevistelser. Tydliga inbjudande vandringsstråk utomhus, där de äldre på ett säkert sätt kan promenera på egen hand resulterar i minskad oro och minskat aggressivt beteende

Även om den fysiska miljön optimeras så kan det inte kompensera för brister i den psykosociala miljön. En psykosocial miljö som befrämjar välbefinnande för

³⁴ Wijk H. Evaluating long stay care setting: the environment. Department of applied social science, University of Sterling. 2006.

³⁵ Edvardsson D, Wijk H. Fysisk och psykosocial miljö. Vetenskapligt underlag till Socialstyrelsens riktlinjer, 2010

³⁶ Wijk H. Goda miljöer och aktiviteter för äldre. Studentlitteratur Lund 2004.

³⁷ Andersson JE, Rönn M, Omsorgsboenden, en forskningsöversikt över arkitektur, teknik och miljö i särskilda boendeformer, KTH och Micasa 2006.

människor med demenssjukdom innehåller fokus på det personliga och individuella, på tid och utrymme för meningsfulla aktiviteter och social samvaro, en generositet att bjuda på sig själv och ge det lilla extra och en flexibilitet vad gäller rutiner. Där finns också en närvaro och tillgänglighet av personal som bekräftar den demenssjukes upplevelse av tillvaron och befrämjar en känsla av att vara välkommen, ett övergripande lugn där tempot i vårdarbetet tar utgångspunkt i den demenssjukes personliga rytm, en miljö som är bekant för personen med demens och understödjer dennes personlighet.

Det finns ett visst vetenskapligt stöd för att ökad interaktion mellan personal och personer med demenssjukdom sänker frekvensen av verbalt störande beteende, men också att rekreativa aktiviteter kan mildra förekomsten av agitation och att stimulireducerade miljöer är associerat med minskad förekomst av agiterat beteende och färre begränsningsåtgärder³⁸.

³⁸ Edvardsson D, Wijk H. Fysisk och psykosocial miljö. Vetenskapligt underlag till Socialstyrelsens riktlinjer, 2010

Genomförda utbildningsinsatser i Sverige

I det här avsnittet beskrivs och kommenteras de övergripande utbildnings-satsningar som genomförts i Sverige under senare år. När det gäller insatser i andra länder hänvisas till avsnittet om lagstiftning i Danmark, Norge och England längre fram.

Under tjugohundratalets första decennium har stora ekonomiska satsningar genomförts för att utveckla äldreomsorgen. På nationellt plan har det dels varit den tidigare regeringens satsning på Kompetensstegen, dels den nuvarande regeringens satsning på Stimulansmedel. Årligen har det rört sig om en dryg miljard kronor. Det här är pengar som kommunerna har fått och fortfarande får söka för att kunna genomföra olika projekt.

Gemensamt för de olika satsningarna var och är kommunernas förhållandevis stora självständighet när det gäller hur man väljer att använda pengarna. De riktlinjer som funnits för att söka pengar har varit övergripande och inte haft några krav på effektrevisning. Ofta finns det med krav på redovisning av hur pengarna använts i projektet och hur många personer som varit involverade. Men om arbetet inom äldreomsorgen har förändrats i betydelsen att projekten har lett till ett förändrat (och förbättrat) arbetssätt eller om det blivit bättre för de äldre redovisas sällan.

Stimulansmedlen har betalats ut årligen sedan 2006 och har gått till både kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre personer. På sin hemsida skriver Socialstyrelsen;

”Regeringen bedömer att kvaliteten i vården och omsorgen om äldre kvinnor och män behöver höjas. Såväl det medicinska omhändertagandet som det sociala innehållet i äldreomsorgen behöver förbättras. Vidare måste samverkan mellan huvudmännen förbättras för att äldre personer ska få sina behov av vård och omsorg tillgodosedda. Det förebyggande arbetet bland äldre personer behöver intensifieras för att bl.a. förebygga fallolyckor. Sammantaget behöver åtgärder vidtas för att äldre kvinnor och män och deras anhöriga ska känna trygghet.”

Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att besluta om och fördela medel för att stödja kommuner och landsting i deras arbete med att utveckla vården och omsorgen om äldre personer. Av stimulansbidraget skulle 70 procent fördelas till kommunerna och 30 procent till landstingen. Sju områden valdes ut som skulle prioriteras när pengarna skulle fördelas och här ingick demensvård som ett av dessa.

Reflektion och handledning behövs

Många av projekten fokuserar på kompetensutveckling i form av utbildningsinsatser på arbetsplatsen. Men att personalen får utbildning innebär inte automatiskt att verksamheten på arbetsplatsen förändras. Det finns en del forskning kring lärande och effekter av lärande. Bland annat har Joyce och Showers³⁹ gjort en metaanalys där man sammanställt data kring effekter av olika undervisningsstrategier och hur deltagarnas kunskaper sedan används i praktiken. I studien försökte man titta på om kunskapen fanns kvar efter utbildningstillfället, om deltagarna sedan kunde använda den nya kunskapen och slutligen om man också använde kunskapen i praktiken. Deras slutsats blev att störst effekt sågs i en lärsituation där teori och diskussion kombineras med direkt återkoppling i samband med det verkliga arbetet, alltså något vi kanske skulle kalla handledning eller reflektion i det praktiska arbetet.

Handledning är en väldokumenterad metod för att befästa kunskaper. Reflektionens betydelse för lärande och utveckling har bl.a. beskrivits av Svensson och Ljungzell⁴⁰. De menar att kompetens hos en individ innebär en förening av praktisk och teoretisk kunskap. Med stort praktiskt kunnande finns en god grund för att ta del av en formell utbildning som utgår från och tar hänsyn till arbetsplatsens förutsättningar. Lärandet kan baseras på erfarenheter och kopplingen mellan teori och praktisk handling blir naturlig och lätt att förstå. Reflektion i och utanför arbetet och tillsammans med andra är nödvändigt för att människor skall kunna lära och utveckla sin verksamhet. Utrymme för reflektion enligt de här tankarna är alltså viktig både för individen och för organisationen.

Det här är något som man också tagit fasta på i de nationella riktlinjerna. Där framhålls vikten av *”en långsiktig personalutbildning som är kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback”*. Man skriver att den allra största delen av åtgärderna inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom utförs av vårdbiträden och undersköterskor – personal som oftast har en kort teoretisk utbildning. Det är de som arbetar närmast de demenssjuka och har mest kontakt med dem. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten genomför därför utbildning i olika former som ett redskap för att höja personalens kompetens och därmed förbättra kvaliteten på vården, omvårdnaden och omsorgen.

Fördelar

- Utbildning av personal i vård, omvårdnad och omsorg om personer med demenssjukdom kan bidra till att personalens kunskap ökar och att deras uppträdande mot och attityder till personer med demenssjukdom påverkas positivt.
- Utbildningen kan leda till att antalet beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom minskar och att deras välbefinnande ökar.

³⁹ Joyce B, Showers B. Student achievement through staff development. 3rd ed. Alexandria Va. Association for Supervision & Curriculum Development, 2002.

⁴⁰ Svensson L, Ljungzell. Arbetsplatslärande – ett sätt att utveckla individen och organisationen. APeL 2006.

- Handledning i kombination med utbildning påverkar personalens upplevelse av sitt arbete positivt (arbetstillfredsställelse, upplevelse av utbrändhet) och har positiv betydelse för omvårdnadens innehåll.
- Utbildning som är kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback som bedrivs långsiktigt tycks ge bäst effekt

Nackdelar

- Kortare enstaka utbildningar tycks inte ge effekt.
- Det vetenskapliga underlaget är svagt och bygger delvis på kunskap om fortbildning och handledning inom socialt arbete och äldreomsorg.

Rekommendation om utbildning

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör ge personal, främst vårdbiträden och undersköterskor, som arbetar inom vård, omvårdnad och omsorg om personer med demenssjukdom möjligheter till utbildning som är långsiktig, kombinerad med praktisk träning, handledning och feedback (*prioritet 1*).

Formerna och metoderna för att kompetensutveckla personal inom demensområdet verkar finnas. Om en framtida lagstiftning kommer finns kunskaperna i verksamheterna för en lyckad implementering av lagen.

Etiska och juridiska aspekter

Etiska aspekter när det gäller tvångs- och skyddsåtgärder

Många av de åtgärder som aktualiseras i den här rapporten både kan och bör ses som bra hjälpmedel i olika situationer. Men det gäller att förstå att åtgärderna som görs för att skydda eller förhindra försämrad hälsa i vissa situationer kan upplevas som tvång. Den etiska grundständpunkten, att alla åtgärder ska vidtas för personens bästa, måste vara utgångspunkten. Samtidigt måste individen ha ett skydd mot tvångsåtgärder. Det finns inga rätta beslut som kan tillämpas generellt för alla.

De här faktorerna innebär att en etisk diskussion måste föras vid varje situation där olika former av tvångs- eller begränsningsåtgärder föreslås. Även begreppet samtycke bör diskuteras (se nedan). Som kommer framgå av beskrivningarna av lagstiftningen i Danmark, Norge och England längre fram, ser man olika på när en person anses samtycka till en åtgärd. I de diskussioner som förts inom projektet råder en samstämmighet att begränsningsåtgärder bör betecknas som tvångsåtgärder oavsett om personen protesterar eller förhåller sig passiv till åtgärden och oavsett om åtgärden görs för att skydda.

Juridiska aspekter när det gäller tvångs- och skyddsåtgärder

I uppdraget ingick att föra ett resonemang kring frågan att inte begränsa som underlåtenhet i vården eller att begränsa som integritetskränkande tvångsåtgärd. En första fråga handlar om vad som menas med personlig integritet? Är det att inte uppleva sig kränkt, d.v.s. ett subjektivt begrepp, eller är det någon form av statistiskt begrepp som är lika för alla eller åtminstone lika i vissa situationer? Begreppet personlig integritet är inte definierat juridiskt vilket i sig leder till svårigheter när det kommer till skydd av den personliga integriteten eftersom vi inte riktigt vet vad det är vi ska skydda. När man genom lagstiftning vill skydda den personliga integriteten är det naturligt att hamna någonstans mitt emellan – d.v.s. någon form av grundskydd mot vissa typer av ingrepp/åtgärder och därutöver krav på att varje individs särskilda önskemål om integritet ska tillgodoses.

Genom lagstiftning är vi i dag skyddade mot bl.a. tvång, våld, och frihetsberövande som sker utan vårt samtycke. Vi samtycker på olika sätt till dessa åtgärder genom att t.ex. frivilligt genomgå en operation som innebär ett stort mått av kroppsligt ingrepp och efterföljande smärta, eller genom att delta i en hockeymatch där tacklingar kan medföra både frakturer och utslagna tänder utan att den skadade anses utsatt för ett brott.

Integritetsbegreppet och vad som är integritetskränkande påverkas av den kognitiva störningen. Tankarna blir mer och mer fokuserade på här och nu, förmåga till reflektion minskar, det blir svårare att beakta mer än en aspekt samtidigt och det blir svårare att förstå en komplicerad yttre värld. I en bedömning

av vad som är integritetskränkande är det därför nödvändigt att göra detta utifrån hur personen med ett kognitivt handikapp upplever den aktuella situationen.

I bedömningen av vad den som saknar beslutsförmåga egentligen vill förs resonemanget ofta kring vad personen hade velat om samma situation hade uppstått när denne var helt klar kontra vad personen ger uttryck för att vilja just idag. Det har t.ex. diskuterats om huruvida man ska kunna skriva någon form av vårdtestamente där man i förväg beskriver hur man vill bli omhändertagen den dag man inte kan fatta besluten själv och detta testamente skulle då kunna ligga till grund för eventuella tvångsåtgärder som behöver vidtas för att uppfylla den viljan (se även avsnitt om lagstiftningen i England). Men det finns två problem med att använda tidigare åsikter som grund för beslut gällande en beslutsoförmögen person;

- Vi ändrar alla uppfattning i olika frågor under livets gång och skulle antagligen inte vara så nöjda med att vid 50-års ålder i alla frågor vara bundna vid de åsikter vi hade vid 20-års ålder.
- Frågan om vad den personliga integriteten egentligen är? Är den statisk eller handlar den om våra tankar och känslor just i dag? Hur förändras den vid en demenssjukdom?

När det gäller frågan om tvång kan man resonera som så att det finns en form av grundskydd som de allra flesta skulle skriva under på, och som inte så mycket handlar om tycke och smak. Man kan t.ex. förutsätta att om man går ut i gatan utan att se att det kommer en buss och det finns en medmänniska bredvid som uppmärksammar detta tar denne tag i personen och drar in honom/henne till trottoarkanten. Att som medmänniska i det läget tänka ”den där personen går visst ut i gatan mitt framför en buss, då får jag väl anta att personen vill bli överkörd” är för oss alla helt främmande. På samma sätt kan man förutsätta att man ska få den hjälpen även om man genom skada eller sjukdom blivit beslutsoförmögen.

Ett grundläggande skydd mot skada måste vi kunna erbjuda våra medborgare och det finns därför ett behov av en lagstiftning som reglerar hur det skyddet ska se ut när det måste ske utan samtycke. I dag finns möjlighet att skydda beslutsoförmögna mot skada på liv eller hälsa med stöd av nödrätten men juridiskt är det inte att betrakta som en rätt att använda tvång utan en möjlighet att under vissa förutsättningar undgå ansvar för handlingar som normalt är att betrakta som brottsliga. Slutligen är det domstolen som avgör om ansvarsfriheten ska gälla eller inte.

Det är orimligt att vårdtagare ska vara utlämnade till enskild omsorgspersonals bedömning av behovet av skydd. Det är inte heller rimligt att enskild omsorgspersonal utan juridisk skolning dagligen ska behöva handla på ett sätt som riskerar att vara brottsligt. Det behövs en lagstiftning både för att säkerställa en grundnivå av skydd mot skada på liv eller hälsa och en reglering av de fall där åtgärder måste sättas in utan den enskildes samtycke eller mot dennes vilja. Denna rätt har erkänts för psykiskt sjuka där det idag finns lagstiftning som möjliggör både intagning på sjukvårdsinrättning, begränsningar i det dagliga livet, och

medicinering mot individens vilja – allt i syfte att ge en person den vård som denne anses behöva utan själv inse det.

När det gäller begreppet ”samtycke” hänvisas också till den genomgång av lagstiftningen som handlar om samtycke från den enskilde, samtycke från god man eller förvaltare och samtycke från anhöriga, som finns i Socialstyrelsens meddelandeblad nr 2/2010; Upphävda föreskrifter om tvångs- och skyddsåtgärder. Den finns som bilaga 1 i denna rapport.

Enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård ska vid bedömningen av behovet av vård även vägas in om personen är farlig för annans personliga säkerhet. Det är naturligtvis en viktig aspekt ur skyddssynpunkt för den/de personer som kan tänkas komma till skada om den psykiskt sjuka inte får vård, men det finns också en anständighetsaspekt gentemot individen själv. De flesta fullt fungerande människor vill inte skada andra. Om man under livets gång, tillfälligt p.g.a. psykisk sjukdom eller permanent p.g.a. demens, tappar förmågan att förstå att man skadar andra eller möjligheten att kontrollera sitt agerande är det rimligt att få hjälp att upprätthålla den grundläggande synen att inte skada andra. Till skillnad från frågor om klädval och liknande, handlar det inte om tycke och smak utan mer om själva förutsättningen för det samhälle vi lever i.

Vilken lagstiftning efterfrågar verksamheterna?

MAS fick i enkäten kommentera frågan om, och i så fall, vilket lagstöd man ansåg skulle behövas:

”Det bör framgå av ett lagstöd definitionen på begränsningsåtgärder samt hur behovet ska analyseras och dokumenteras vid ordination och användning d.v.s. orsak, vilka alternativ som provats, ansvar, uppföljningsanvisning o.s.v. Det är t.ex. viktigt att skilja på vad som är begränsning och aktivitetsstöd utifrån medverkan och kognition. En del larm är ju inte enbart att se som begränsning för den demenssjuke utan som möjlighet till känsla av rörelsefrihet om det hanteras rätt av personalen.”

”SOU 2006:110 behöver justeras och bli en förordning.”

”Gränslandet mellan att försvåra möjlighet att ta sig ut p.g.a. kodade lås och därmed nästintill låst dörr skulle kunna belysas tydligare. Gränsen mellan att skydda i förhållande till att kränka integritet, gör att en del brukare kanske faller onödigtvis mycket p.g.a. att man medvetet väljer att inte kränka. Det blir ett etiskt dilemma och en konfliktsituation i arbetet att förhindra fallolyckor.”

”Att det klart och tydligt finns lagstöd i det vi ”gör” idag. Viktigt i ett lagstöd att definiera vem som ordinerar begränsningsåtgärder, t.ex. leg. personal. Att man utifrån varje individ med diagnos ”demens” av något slag och gör en individuell bedömning.”

”Att det blir lagligt att begränsa för att skydda personer som uppnår vissa parametrar.”

”Då en vårdtagare som har en demenssjukdom och bor i ordinärt boende utan närstående, har svårigheter att klara sin personliga hygien, mathållning, toalettbesök, går ut utan att hitta hem, i stort sett är en fara för sig själv skulle det

finnas något lagstöd att vårdtagaren skulle kunna, med närståendes godkännande, få en plats på särskilt boende utan att personen med demenssjukdom givit sitt samtycke.”

”Att i vissa särskilda fall få kunna använda begränsningsåtgärder i syfte att skydda kund”

”Att kunna vid behov få använda begränsningsåtgärder men att det måste föregås av en samverkad vårdplan med alla berörda parter, och även anhöriga. Anhöriga till dementa som ofta ramlar är väldigt påstridiga, så det är viktigt att samverka i alla olika former och mellan yrkeskategorier”

”Både och. Jag anser att det är viktigt med restriktivitet i begränsningsåtgärder framförallt i bälte och bord. Men ibland känner jag att dessa åtgärder måste till när det är uppenbart att kunden inte förstår att denne inte kan stå på egna ben vilket kan leda till ett falltrauma. Men här gäller det också att inte ha kunden sittandes alltför långa stunder för då blir det en begränsning som kanske upplevs frihetsberövande. Kanske att i lagstödet skriva in att kunden ska ges möjlighet till aktivitet. kanske också att bälte/bord ska utvärderas varje månad t.ex.”

”Förslag i SOU 2006:110 var positivt, men föreslog icke relevant ”ordinationansvar” av Socialnämnd. Beslut om begränsningar bör åvila verksamma hälso-och sjukvårdsaktörer: Läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast i samråd.”

”Jag vill se ett lagstöd som främjar individtänkande och som inte gör det möjligt med kollektiva eller generella/rutinlösningar. Även om man säkert värjer sig mot det i många kommuner med tanke på den arbetsbelastning individuella beslut, motsvarande LVU och LVM, kräver, så skulle ett liknande förfaringsätt visa på att personer med demenssjukdom har samma rätt till sin frihet som alla andra. Jag tror att det skulle synliggöra en hel del vad gäller nuvarande syn där en del personer inte ens uppfattar låsta dörrar, larm, bälten och sänggrindar eller milt ”tvång” vid personlig omvårdnad, som tvångsåtgärder. En lag gör det också möjligt att utöva tillsyn över området, samt att göra öppna jämförelser vilket på sikt kan förbättra kunskapen och kvaliteten. En lag om tvångs- och begränsningsåtgärder skulle på ett paradoxalt sätt visa att det olagliga som pågår idag är just olagligt.”

”Man måste se att åtgärderna är nödvändiga i vissa fall. Bra att få stöd för åtgärder som ändå behöver göras. Innehåll skulle vara att ange vilka metoder som kan vara OK och vad som krävs för att sätta in åtgärden t.ex. Fallrisk före grindar mm. Beslutet bör vara enligt HSL! (Detta kan inte vara SoL-beslut eftersom ingen frisk person ber att få åtgärderna!) MAS bör få ansvar för att utarbeta rutin. Varje vårdgivare bör få ansvar för att utse ordinatorer. Inga personären den bör gå till nämnden men däremot rutinen för info eller beslut.”

Men det fanns också kommentarer som var antingen tveksamma eller negativa till lagstöd:

”Jag tror inte den vägen (lagstiftning) är framkomlig men däremot behövs riktlinjer för hur man kan hantera olika situationer. Även ställningstagande från läkare behövs för när vårdtagaren inte längre kan klara att bedöma konsekvenserna av sitt handlande”

”Det går enligt min mening inte att svara ett klart ja eller nej på denna fråga. Skulle det stiftas lag gällande detta får det inte finnas utrymme för tolkningar i lagtexten. Det skulle vara bra att ha lag att stödja sig på, men samtidigt känns det inte rätt att få ytterligare tvångslagstiftning som minskar den enskildes fri- och rättigheter enligt Regeringsformen.”

”Det kan inte vara legitimerad personals uppgift att bidra till ökad oro. Det måste hanteras på annat sätt.”

”Inget (lagstöd behövs), finns risk att skyddsåtgärder används mer slentrianmässigt”

”Att man fastställde personaltätheten på ett demensboende istället för att lagstifta om begränsningsåtgärder. Att det fanns direktiv på hur många personal man ska vara för att exempelvis sköta nio dementa. Har man tillräckligt med personal, har man också uppsikt över de boende och behöver inte spänna fast någon. Tydlighet i vem som har rätt att föra den dementa personens talan, ofta är det anhöriga som vill att den äldre ska spännas fast, så att personen inte reser sig upp och faller. Det måste vara en tydlighet i vad som får göras om det ska lagstadgas.

”Oerhört svårt att lagstadga individuella behov.”

”Teamarbete, följsamhet till riktlinjer, organisation, målformuleringar och uppföljningar av den givna vården betyder mer än lagstiftning utöver de riktlinjer som redan finns.”

”I nuvarande författningar anges bland annat att det är en läkare som ska ordinera skydds/begränsningsåtgärder vilket ibland känns frustrerande. Läkaren har oftast inte en närmare relation till den enskilde och ibland känns det som det är "fritt fram" så fort läkaren skrivit på en ordination. Nuvarande författning SOSFS 1980:87 är också "uråldrig" vad gäller begrepp och formuleringar.

Rättsläget och erfarenheter från Danmark, Norge och England

I Danmark finns en lagstiftning sedan 2000 som riktar sig mot personer med nedsatt psykisk funktionsförmåga (utvecklingsstörning och demens) och som inte samtycker till omsorg som är nödvändig för den enskilde. I Norge finns sedan 2009 en lag som syftar till att förebygga och begränsa bruket av tvång i vården; Pasienter utan samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Lagen är inte specifik för personer med demenssjukdom utan gäller alla som bedöms ha nedsatt "samtykkekompetanse". I England finns sedan 2007 "Mental Capacity Act" som gäller alla med nedsatt förmåga att fatta beslut (lack of capacity).

Danmark

Det svenska lagförslaget som presenterades i SOU 2006:110 var till stor del inspirerad av den danska lagstiftningen. Danmark införde den 1 januari 2000 regler om tvångsåtgärder (magtanvendelse) för vuxna med betydande och varaktigt nedsatt psykisk funktionsförmåga 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.

De nya lagreglerna utvärderades under 2002 och det bedömdes då att de på några punkter inte fått avsedd effekt och en ändring kom 2003. Ytterligare uppdateringar har gjorts 2007 och 2010 som "Ett uttryck för nytt tänkande inom det pedagogiska arbetet och vård- och omsorgsarbetet med personer med nedsatt psykisk funktionsförmåga" Vid den senaste ändringen möjliggjordes att GPS kan användas som en del i den dagliga omsorgen av personer med demenssjukdom.

De tvångsåtgärder som den danska lagstiftningen medger är att en kommun eller amtskommun kan besluta om:

- Personliga alarm- och pejlingssystem/GPS,
- Fasthållning i hygiensituationer när brukaren protesterar
- särskilda dörröppnare för att fördröja att någon går ut genom ytterdörrarna vid boendet eller dagverksamheten,
- fasthållning (fysiskt tvång) för att hindra en person från att lämna ett boende eller för att återföra någon till boendet,
- fastspänning med "stofseler" om personen kan utsätta sig själv för väsentlig personskada vid fall, samt
- flyttning till ett särskilt boende, trots att denne motsätter sig detta eller inte givit sitt informerade samtycke.

Alla beslut om ovanstående tvångsåtgärder, utom beslut om flytt till omsorgsboende, tas av Kommunalbestyrelsen inte av t.ex. vårdpersonal eller enhetschefer på boendet. Kommunalbestyrelsen ansvarar också för uppföljning av besluten. Beslut om flytt tas av Kommunalbestyrelsen eller sociala nämnden⁴¹.

⁴¹Vägledning till Serviceloven. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=132686>

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. Bestämmelserna gäller oavsett vilket boende den enskilde har, d.v.s. bestämmelserna är också tillämpliga i den enskildes eget hem.

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

- tvångsinsatser 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

Lagen blir aktuell när 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.

En mer utförlig redovisning av den danska lagen finns i en bilaga till betänkandet SOU 2006:110.

Erfarenheter av lagstiftningen i Danmark

Några siffror på hur många som berörs av lagen har inte gått att få fram. Varje kommun har skyldighet att följa upp besluten om tvångsåtgärder och de ska också ta fram en årlig rapport men någon övergripande sammanställning finns inte.

Lagen har under åren i huvudsak debatterats varje gång en person med demenssjukdom försvinner eller skadas på något sätt. Som beskrivits ovan har justeringar gjorts av lagen vid tre tillfällen för att bättre möta upp de behov som setts i verksamheterna. Den senaste förändringen, som möjliggör GPS-användning, kom efter en presskampanj ledd av Alzheimerföreningen i Danmark.

De negativa synpunkter som förs fram handlar framför allt om beslutssystemet som anses krångligt och för byråkratiskt att administrera. Det tar mycket av personalens tid att få igenom ansökningarna och det tar även tid innan besluten tas.

Norge

I Norge har man sedan januari 2009 en lagstiftning för användandet av begränsningsåtgärder när patienten motsätter sig det. Sedan tidigare har det funnits en lag gällande skyddsregler för personer med psykisk utvecklingsstörning

som trädde i kraft 1999 och som reviderades 2004 efter en omfattande utvärdering. Norska socialdepartementet lade 2002 fram ett förslag till lag om i vilka situationer och under vilka förhållanden en tvångsåtgärd får användas i vården av personer med demenssjukdom. Förslaget avslogs då det ansågs strida mot Europa-konventionen genom att bara vända sig till en specifik grupp (demenssjukdom) och att förslaget inte hade tillräckligt fokus på hur besluten skulle hanteras och dokumenteras för att göra dem rättssäkra.

Förslaget omarbetades och Helse-og Omsorgsdepartementet överlämnade i april 2006 en ny proposition med ett lagförslag som antogs 2007. Dock skulle lagen inte börja gälla förrän januari 2009. Tiden däremellan gavs för att implementera den nya lagen ute i verksamheterna. Implementeringen sköttes av respektive länsstyrelse (Fylkesman).

Den nya lagen är gjord som är ett tillägg till den befintliga Pasientrettighetsloven. Ett nytt kapitel har lagts till: 4A – Helsehjelp (vård) til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Till skillnad från Danmark som har sin lag under Socialtjenestlagen ligger alltså frågan i Norge under motsvarande hälso- och sjukvårdslagen.

Fem huvudsakliga villkor finns för få att använda den nya lagen:

- Patienten ska sakna beslutsförmåga (samtykkekompetanse)
- Patienten motsätter sig vården (helsehjelpen)
- Åtgärden ska vara nödvändig för att behandla eller förebygga ”vesentlig helseskade”
- Tillitsskapande åtgärder ska ha prövats
- Lagen gäller inte behandling av patienter med psykiatrisk sjukdom

Innan det nya kapitlets innehåll beskrivs måste delar av den ursprungliga patienträttighetslagen i Norge beskrivas. I § 4:3 förklaras det centrala begreppet ”samtykkekompetanse” och hur man avgör om patienten har sådan. Det handlar om förmåga att kunna förstå och ta beslut om de vårdinsatser som föreslås av vårdgivaren.

Enligt samma paragraf är det ”den som yter helsehjelp som avgör om patienten har eller saknar samtykkekompetanse, men samtidigt ska vårdgivaren också ge största möjliga förutsättningar för patienten att själv kunna fatta eget beslut om den föreslagna vårdinsatsen.

Ett ställningstagande om att patienten saknar samtykkekompetanse ska enligt lagtexten vara motiverat och skriftligt och ska om möjligt presenteras för patienten ifråga och/eller dennes närmaste anhörig. Här finns också text om att undersökning och behandling av psykiatriska sjukdomar hos personer som saknar samtykkekompetanse ska ske under den lag som kan jämföras med den svenska lagen om psykiatrisk tvångsvård.

I § 4-6 beskrivs lagområdet kring vården av personer som bedömts sakna samtykkekompetanse. Här säger man att den vårdgivare som tillhandahåller

vården kan ta beslut om vårdinstanser som ”er av lite inngripande karakter” med hänsyn till omfattning och varaktighet. Vård kan även ges om det innebär ett allvarligt ingrepp för patienten när det kan anses vara för patientens bästa och att det är sannolikt att patienten skulle ha givit tillåtelse till åtgärden. Om möjligt ska närmast anhörig tillfrågas om vad patienten skulle ha önskat.

Innan beslut om allvarliga ingrepp ska vårdgivaren ha samrått med en annan ”kvalificerad vårdgivare”. I journalen ska framgå orsak och motivering till åtgärden, att anhöriga informerats samt uppfattningen från den vårdgivare som tillfrågats. Men, vård enligt ovanstående kan inte ges om patienten motsätter sig vården.

Ovanstående resonemang kan jämföras med de slutsatser Socialstyrelsen har gjort kring användandet av begränsningsåtgärder i Sverige (se tabell sid 4). Det vill säga så länge patienten samtycker är det lagligt. Notera att man i Norge säger att gränsen för samtycke går vid passivitet, så länge patienten inte protesterar så anses han/hon samtycka.

I de fall patienten motsätter sig vården träder det nya kapitlet (4A) in. Nedan följer ett försök till översättning av rubriker och korta presentationer av de olika paragraferna i det nya kapitlet.

- § 4 A-1 Syfte: Syftet med lagen är att kunna ge nödvändig vård och omsorg för att förhindra väsentlig skada samt att förebygga och begränsa användandet av tvång
- § 4 A-2 Område: § 4A gäller hälsopersonal som ger vård till patienter som saknar ”samtykkekompetanse” och som motsätter sig vården.
- § 4 A-3 Möjlighet att ge vård: För att få ge vård till patienter som motsätter sig vården måste först tillitsskapande insatser ha prövats (om det är möjligt). Om patienten fortsätter att motsätta sig vården eller om personalen vet att patienten även i framtiden kommer att motsätta sig vården, kan beslut om vård tas:
 - a) om utebliven vård kan leda till väsentlig skada för patienten
 - b) om vården anses nödvändig, och
 - c) om åtgärderna står i proportion till behovet av vård

Även om villkoren ovan uppfylls kan vård endast ges efter att en helhetsutvärdering gjorts som visar att det är den klart bästa lösningen för patienten. Här ska graden av motstånd från patient och eventuell framtida förmåga till samtycke från patienten vägas in.

- § 4 A-4 Genomförande: Om villkoren i § 4 A-3 uppfylls, kan vård ges med tvång eller andra åtgärder som inläggning på sjukhus med inlåsning, för att genomföra vården. Även larmanordningar eller begränsningsåtgärder som bälte och liknande kan användas. Vården ska utvärderas löpande och avbrytas så fort lagens villkor inte uppfylls eller om vården inte har avsedd effekt eller ger negativa verkningar.
- § 4 A-5 Beslut om vård som patienten motsätter sig: Beslut tas av den vårdpersonal som är ansvarig för vården. Beslut kan bara gälla upp till ett år i sänder. Om det innebär ett allvarligt ingrepp för patienten ska samråd

göras med annan kvalificerad vårdpersonal innan beslut. Det kan gälla kroppsliga ingrepp, medicinering samt graden av motstånd. Varje gång patienten motsätter sig inläggning, inlåsning eller användandet av begränsningsåtgärder, skall det räknas som allvarligt ingrepp. Vid beslut om undersökning och behandling omfattar det den vård och omsorg som är nödvändig för undersökning och behandling. Är huvudsyftet med åtgärden vård och omsorg skall beslutet gälla detta. Där det är möjligt ska information från anhöriga inhämtas om vad patienten skulle ha önskat för beslut.

- § 4 A-6 Upplysning/underrättning: Patient och anhöriga ska snarast underrättas om beslut enligt § 4 A-5. I beslutet ska finnas upplysning om hur det kan överklagas. Kopia skickas till ansvarige överordnad samt till ”Helsetilsynet i fylket” (Kan jämföras med Socialstyrelsens tillsynsregioner som tidigare låg under Länsstyrelserna)
- I paragraf 4 A-7 och framåt, skrivs det om rutiner vid överklagan samt möjligheten att ge förtydligande föreskrifter och regler för genomförande av vården.

Huvudsyftet med det nya kapitlet är att förtydliga och utvidga den rättsliga grunden för sjukvårdsinsatser till patienter som saknar förmåga till samtycke för att förbättra deras rättssäkerhet. Men ett viktigt syfte med lagen är dessutom att förebygga och minska användning av tvangs- och skyddsåtgärder. I samband med tillskapandet av den nya lagen i Helse- och Omsorgsdepartementet fanns följande direktiv från högre instans⁴²:

Komiteen understreker at tvang aldri skal brukes som følge av manglende (bristende) resurser i helse- og omsorgstjenesten. Bruk av tvang forutsetter tvert imot god resurstilgang, blant annet i form av kvalifisert personell som kan finne frem til frivillige hjelpetiltak og foreta gode faglige (professionelle) vurderinger av behovet for bruk av tvang.

Komiteen understreker at den klare hovedregelen er at frivillige tiltak (åtgärder) skal forsøkes før det gis helsehjelp med tvang. Dette forutsetter god kompetanse og fokus på faglig utvikling i helse- og omsorgstjenesten. Komiteen ber departementet vurdere hvordan det kan iverksettes kompetenshevede tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som bidrar til opplæring i frivillige tiltak som alternativ til tvang.

Huvudregeln i det nya kapitlet 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 ”helseskade”. Åtgärden måste också stå i ett rimligt förhållande till patientens medicinska behov. Är dessa båda

⁴² Innstilling til Odelstinget frå helse- og omsorgskomiteen ot.prp.nr.64 (2005-2006)

förutsättningar uppfyllda krävs 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 liknande åtgärder. Avsikten med ”liknande åtgärder” 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.

Besluten ska fattas av ansvarig sjukvårdspersonal (oftast en läkare, sjuksköterska 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. En viktig del är att även vårdgivaren/verksamhetschefen, dvs. den person som har det övergripande ansvaret för den aktuella sjukvården, samt helsetilsynet i fylket (jämför länsstyrelsen) ska få en kopia av det specifika beslutet. Helsetilsynet har sedan mandat att upphäva beslutet om dokumentationen är bristfällig eller om åtgärden anses lagstridig.

Erfarenheter av lagstiftningen i Norge

Helsetilsynet i Vestfold liksom helsetilsynet i övriga fylken (län) har dels ansvarat för att implementera den nya lagen i verksamheterna genom utbildningsinsatser och information, dels har de numera tillsynsansvaret, d.v.s. att gå igenom och godkänna eller underkänna de beslut som tas i verksamheterna men gör också kontroller ute på enheterna.

Vestfold fylke söder om Oslo har cirka 230 000 innevånare. Representanterna från helsetilsynet beräknar att det finns ungefär 1100 sjukhemsplatser i fylket. Sedan lagen infördes har de fått in cirka 150 beslut om tvångsvård. I år (2010) räknar de med att få in cirka 200 beslut. Man berättar vid vårt möte att man i början upphävde cirka 50 procent av besluten antingen för att de var dåligt motiverade eller för att de inte var tillåtna åtgärder. Nu låg siffran på cirka 20-30 procent upphävda beslut. En stor majoritet av de beslut som kom in till Helsetilsynet gällde tre typer av tvång: inlåsning (ca 40 %), tvång vid hygienåtgärder (cirka 20 %) och tvång i samband med munhygien (ca 15 %). En mindre del av besluten gällde medicinering, sänggrind, bälte och sårvård. Som exempel på beslut där man avslagit eller ifrågasatt dessa har det gällt medicinering med psykofarmaka eller när man använt isolering som ett sätt att hålla en person borta från övriga boenden.

Kommentarer från läkare och sjuksköterskor på sjukhemsenheter har gällt missnöje med att det tar för mycket tid att dokumentera tvångsåtgärderna. Samtidigt har det funnits osäkerhet kring hur dokumentationen ska se ut. Det har hänt att man inte förstått att om en åtgärd är väl dokumenterad i journalen så räcker det sedan att kopiera denna text till beslutet som går till helsetilsynet.

För helsetilsynets representanter ligger fokus på att minska åtgärderna ute i verksamheterna genom att följa lagens direktiv och genom att upplysa om alternativ till de åtgärder som beskrivs i besluten. De positiva konsekvenser som hittills setts i fylket handlar om att personalen har blivit bättre på att värdera samtykkekompetens, att dörrar låses upp och att personalen hittar andra lösningar (man konstaterar här att det ibland kan bero på att personalen inte orkar genomföra beslutsprocessen).

Det finns alltså några olikheter mellan dansk och norsk lagstiftning som kan lyftas fram. Dels när det gäller var i lagsamlingen de placeras, i hälso- sjukvårdslagen eller i socialtjänstlagen. Dels för var gränsen går för när en insats ska ses som en tvångsåtgärd. I Danmark går gränsen vid passivitet d.v.s. redan där ses åtgärden som en tvångsåtgärd medan man i Norge tolkar passiviteten som ett medgivande till insatsen. Här finns en etisk diskussion som till en del redan beskrivits i avsnitten om ny teknik och etiska och juridiska aspekter.

England

I England finns sedan 2005 en lag – Mental Capacity Act⁴³ (MCA) (togs i bruk i oktober 2007), som ska skydda personer (18 år och äldre) som inte kan ta egna beslut oavsett orsaken till att beslutsförmågan saknas d.v.s. oavsett om orsaken är utvecklingsstörning, demenssjukdom, psykiatrisk sjukdom, akuta hjärnskador, förvirringstillstånd etc.

Lagen ger riktlinjer för hur omgivningen ska agera och handla för att på bästa sätt kunna hjälpa den som saknar förmåga att fatta egna beslut om sig själva och sin situation.

MCA täcker in viktiga beslut gällande ägodelar och finansiella affärer, hälsa och välfärd liksom boendet. MCA omfattar även vardagliga beslut om personlig vård (som till exempel vad personen äter), när personen inte har kapacitet att fatta beslut själv.

Lagen säger att om du inte har förmågan att fatta vissa beslut så;

- Ska du få så mycket hjälp som möjligt för att kunna fatta egna beslut
- Ska personer finnas som kan skatta om du kan ta ett speciellt beslut
- Även om du inte kan ta ett komplicerat beslut betyder inte det att du inte kan ta enklare, mer direkta beslut
- Även om någon måste ta ett beslut för dig så ska du vara delaktig i det så mycket som är möjligt
- Den som fattar beslut för din del måste göra det utifrån ditt bästa, ”best interest”

Något som är specifikt för MCA är att alla har skyldighet att hjälpa, d.v.s. det är inte specifika yrkesgrupper som läkare eller sjuksköterska som ansvarar för beslut, utan den eller de som ser att behov finns av åtgärder kan också besluta om dessa så länge man följer de riktlinjer lagen satt upp och att det görs för personens

⁴³ Mental Capacity Act. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>

bästa (se nedan). Viktigt att notera att lagen också gör det kriminellt att inte hjälpa eller behandla en person som saknar beslutsförmåga.

MCA säger att alla ska behandlas som kapabla att fatta egna beslut så länge motsatsen inte kan påvisas. En persons förmåga att fatta egna beslut ska undersökas varje gång ett beslut måste tas.

Nedan ges en kortare beskrivning av MCA med några centrala begrepp och instanser som lagen inbegriper. Lagen bygger på fem lagstadgade principer:

1. En person ska förväntas ha beslutsförmåga om det inte är fastställt att han/hon saknar beslutsförmåga
2. En person får inte behandlas som oförmögen att fatta egna beslut förrän allt har gjorts för att hjälpa honom/henne att fatta beslut
3. En person får inte behandlas som oförmögen att fatta egna beslut bara för att han/hon fattar ett oklokt beslut
4. Allt som görs eller beslutas med hänvisning till lagen måste göras för personens bästa (in the person's best interests)
5. Innan något görs eller beslutas måste man se till att målet med åtgärden kan åstadkommas med minsta möjliga restriktioner som påverkar personens rättigheter eller rörelsefrihet

Lagen återkommer ofta till att alla runt en person med nedsatt beslutsförmåga måste agera utifrån personens bästa. Det görs tydligt i lagen att beslut om åtgärder ska tas av den eller de personer som finns (arbetar) närmast personen; ”*The person who has to make the decision is known as the ‘decision-maker’ and normally will be the carer responsible for the day to day care, or a professional such as a doctor, nurse or social worker where decisions about treatment, care arrangements or accommodation have to be made*”.

Följande checklista ska användas som stöd vid besluten:

- Att bestämma vad som är någons bästa får inte enbart utgå från personens ålder, uppträdande, utseende eller beteende
- Alla relevanta omständigheter ska beaktas när beslut om någons bästa ska tas
- Allt måste göras för att uppmuntra och möjliggöra för en person med nedsatt beslutsförmåga att vara med vid beslut som rör honom/henne
- Om det finns en möjlighet att personen kommer att återfå förmågan att fatta ett specifikt beslut bör man avvakta, om det inte är bråttom med ett beslut
- Speciella överväganden måste göras när det gäller livsuppehållande behandling
- Både personens tidigare och nuvarande önskningar och känslor, trosinriktning och värderingar måste beaktas
- Närståendes, liksom ställföreträdarens åsikter måste också beaktas

Lagen är till för personer med nedsatt beslutsförmåga (lack of capacity). Man utgår från två huvudpunkter för att bedöma om beslutsförmågan är nedsatt:

- Personen ska ha en skada eller störning som påverkar medvetandet eller hjärnans funktion, och
- Skadan eller störningen ska göra att personen inte kan fatta ett specifikt beslut vid den tidpunkt beslutet måste tas (Med det senare menas bl.a. att om personen har fattat ett dåligt beslut tidigare eller haft en åsikt som uppfattats som motbjudande eller konstig tidigare, så ska det inte påverka det aktuella beslutet)

För att undersöka en persons förmåga att ta beslut används ett inledande test:

- Har personen försämrad eller störd hjärnfunktion? (det spelar ingen roll om det är permanent eller tillfälligt)
- Om svaret är ja, ställs frågan; Gör det att personen inte kan ta beslut? Om det då kan konstateras, trots att allt gjorts för att hjälpa personen att fatta beslut, att han/hon inte kan förstå den information som är relevant för beslutet, minnas informationen, använda eller väga informationen eller kommunicera sitt beslut, så saknar personen beslutsförmåga.

Det finns sedan mer detaljerat hur en bedömning av beslutsförmågan kan göras och man poängterar att vid osäkerhet eller vid mer komplexa eller svåra beslut så ska andra professioner och personer som känner personen ifråga rådfrågas innan beslut.

Direktiven säger också att testet måste ställas i relation till tidpunkten och var det görs och exemplifierar det med att en person med moderat eller svår demenssjukdom helt kan sakna förmågan att fatta beslut kring komplexa situationer men mycket väl kan fatta beslut om t.ex. vad han/hon vill äta.

För personal, men egentligen för alla som berörs av lagen, finns ett 300-sidigt dokument; Code of Practice⁴⁴, som ger vägledning och information om hur lagen ska fungera i praktiken. Här finns förklarande texter och exempel som ska tydliggöra lagens intentioner.

I handledningens första avsnitt presenteras lagen. Avsnitt två tar upp de fem grundprinciperna och hur de ska användas i praktiken. Avsnitt tre tar upp hur lagen ser till att den berörde ges rätt att så långt som möjligt fatta egna beslut. Avsnitt fyra tar upp hur beslutsförmågan kan undersökas. I avsnitt fem diskuteras begreppet ”att agera för personens bästa” och presenterar en checklista för hur man tar beslut för personens bästa. I avsnitt sex tas ansvarsfriheten upp för den personal som handlat enligt lagen. Bl.a. skriver man att för att ansvarsfrihet ska ges måste två villkor vara uppfyllda: 1. Den personal som använder någon begränsningsåtgärd måste tro (reasonable believe) att det är nödvändigt för att förhindra skada hos patienten. 2. Åtgärden måste vara proportionell, både till omfattning och till tid, till sannolikheten för att personen kan skadas och till skadans allvar. Avsnitt sju handlar om att lagen gör det möjligt för en person att skriva ett ”testamente” kring vem man vill ska fatta beslut om man i framtiden mister beslutsförmågan. Därefter fortsätter handledningen med texter bl.a. kring

⁴⁴ MCA, Code of Practice. www.publicguardian.gov.uk/docs/mca-code-practice-0509.pdf

den nya domstol som inrättats till följd av lagen, vem som kan vara ställföreträdare, och hur tillsynen av att lagen följs ska se ut.

Några centrala begrepp och instanser

Court of Protection

Det här är en nyinrättad domstol som kan och ska ta ett slutgiltigt beslut vid tvister eller osäkerhet kring vad som ska göras för en individ.

Deputy

En ställföreträdande person kan utses av Court of Protection. Det ska vara en person över 18 år eller, när det gäller ekonomi och egendomar, en institution t.ex. bank.

Independent Mental Capacity Advocate

När det gäller strukturen för kontrollen så har en ny funktion skapats - Independent Mental Capacity Advocate. IMCA-personer är ofta pensionerade sjuksköterskor eller socialarbetare som är anställda av de lokala myndigheterna. De ska föra talan åt de personer som inte har någon familjemedlem eller vän som kan ta denna roll. De får en specifik utbildning och ska vara helt oberoende av den lokala myndigheten trots att de är anställda där. De deltar även i utbildning och arbetar för implementering av lagstiftningen inom vården och i den sociala sektorn.

Lasting Power of Attorney

Innebär en form av testamente där en person kan besluta om vem som kan föra dennes talan i framtiden om han/hon inte kan eller vill ta egna beslut. Besluten kan gälla både omsorg och ekonomiska frågor.

Gradering av tvångsåtgärder

I lagen finns också ett stycke kring olika tvångsåtgärder och dess påverkan på individen. Man menar att det går att gradera hur allvarligt en åtgärd påverkar individen. I paragraf 2:3 sägs "*The difference between deprivation of liberty (frihetsberövande) and restriction upon liberty (frihetsbegränsande) is one of degree or intensity. It may therefore be helpful to envisage a scale, which moves from 'restraint' or 'restriction' to 'deprivation' of liberty. Where an individual is on the scale will depend on the concrete circumstances of the individual and may change over time.*"

Den 1 april 2009 implementerades MCA DOLS – Deprivation of Liberty Safeguards, ett tillägg till MCA, som innebär att även frihetsbegränsning på sjukhus eller i särskilt boende kan genomföras reglerat. Tanken är även här att ingen ska kunna utsättas för tvångsåtgärder utan en genomtänkt vårdplan/anledning och att de ska undvikas om möjligt och bara användas när det är relevant för brukaren och är det enda sättet att skydda dem på. Frihetsbegränsningen ska vara så kort tid som är möjligt och enbart för den speciella behandlingsplanen eller den specifika åtgärden.

För alla på sjukhus eller i vårdboenden som saknar beslutsförmåga, ska följande frågor besvaras:

- Kommer vården eller behandlingen ta ifrån personen friheten att göra vad personen vill till en sådan grad att det räknas som frihetsberövande?
- Tror du att vården eller behandlingen är för personens bästa?

Om svaren på dessa två frågor är ja behöver man först ställa sig frågan om vården eller behandlingen kan ges på ett sådant sätt att det inte innebär ett frihetsberövande.

Om svaren på frågorna är nej och personen inte kan vårdas eller behandlas på annat sätt så måste utföraren ansöka till tillsynsmyndigheten för auktorisering för att fortsätta med vårdprogrammet som innebär frihetsberövande.

Tillsynsmyndigheten kommer då utföra en serie av bedömningar för att avgöra om ett frihetsberövande är den rätta åtgärden.

MCA DOLS förmedlar en standardprocess som måste följas och som ska säkra att personer frihetsbegränsas endast när det är ytterst nödvändigt för personens bästa. Om en person behöver frihetsberövas för sitt eget bästa skyddar MCA DOLS dem genom att tillhandahålla en representant som ska bevaka att allt verkligen följs för personens bästa liksom rätten att överklaga till Court of Protection. Dessutom innebär det att om frihetsberövandet sker så ska detta regelbundet ses över och följas upp.

Auktorisering för frihetsberövande ges endast om alla de sex standardiserade bedömningarna som tillsynsmyndigheten gör stödjer frihetsberövandet.

The Care Quality Commission (CQC) granskar och övervakar beslut enligt MCA DOLS och besöker sjukhus och vårdhem för att intervjua personer inblandade i fallet och har tillgång till alla relaterade dokument för att säkerställa att personen är adekvat skyddad.

Erfarenheter av lagstiftningen i England

Erfarenheterna från England bygger på samtal med Sheila Scott, direktör för National Care Association (NCA⁴⁵) och professor Jill Manthorpe, Social Care Workforce Research Unit, Kings College i London. Båda ser MCA som en lyckad lagändring med ett välfungerande ramverk och att ”code of practice” är en lyckad manual till lagen, både tydlig och lättfattlig. Bägge framhåller att lagen både stödjer brukaren och vårdgivaren. Brukaren är i centrum och har sina rättigheter medan vårdgivaren har ett regelverk som kan följas just när det handlar om beslutskapacitet. Genom att följa MCA kan vårdgivaren få en juridisk rättighet att, för brukarens bästa, utföra åtgärder som dessförinnan inte var möjligt enligt tidigare lagstiftning.

⁴⁵ NCA är en medlemsfinansierad organisation framförallt för ägare och drivare av mindre omsorgsboenden.

De berättade att den nya lagen hade föregåtts av diskussioner under ett tjugotal år samtidigt som allt fler personer i samhället, både äldre och yngre kom att beröras. En växande mängd ärenden i frågan om beslutsförmåga gick till domstol. Inför lagens inträdande hade frågan dryftats i flera sammanhang och vid möten som anordnats av de statliga myndigheterna där personal inom vård och omsorg liksom olika intresseorganisationer deltog.

NCA å sin sida ordnade seminarier inledningsvis och oron bland medlemmarna för hur lagen skulle fungera i vårdboenden för t.ex. svårt demenssjuka bidrog till att NCA med tiden tagit fram ett instrument, The Mental Capacity Act Assessment tool kit, i samråd med de statliga myndigheterna. Flera olika yrkesgrupper har också tagit fram egna yrkesrelaterade ”verktyg” som hjälp vid bedömning enligt den nya lagen.

De svagheter man sett i implementeringen av lagen gäller framförallt läkare (GP:s) på vårdcentralerna som inte tycks vara fullt engagerade. Inom den slutna sjukvården tycks däremot implementeringen fungera bättre. En annan svaghet är att omsorgspersonalen på omsorgsboenden fortfarande är ovana med den nya roll de fått och därför ännu inte riktigt känner sig trygga i hur de ska agera utifrån lagen.

Ett sätt att sprida kunskapen om MCA görs via filmer som visar olika exempel. Det har fungerat bra för personer som är mer praktiskt lagda inom omsorgen. Jill Manthorpe betonar att det handlar om ”Skills development” – ett uttryck som hon anser underlättar för många medarbetare att ta till sig informationen jämfört med när man använder uttryck som utbildning och träning - som kan ha en hämmande effekt då de har en mer akademisk klang.

Lagen har inneburit ett stort skifte. Från att vårdpersonalen tidigare behövde sjuksköterskans eller läkarens bedömning, till att den nya lagen har givit all vårdpersonal ansvar, skyldigheter och mandat på ett nytt sätt. Det har skapat en viss osäkerhet hos vårdpersonalen, man har tidigare helt enkelt inte varit van att ha hela ansvaret liksom att dokumentera.

Jill Manthorpe beskriver med ett exempel att vid vård i hemmet av t.ex. en person med demenssjukdom som samlar gammal mat i kylan, som hon vill äta senare, kan det räcka att det vid ett tillfälle görs en bedömning enligt MCA där det dokumenteras att gammal mat får slängas. Detta behöver sedan inte omprövas varje gång möjlig eller dålig mat måste slängas. Men det ska vara dokumenterat i den regelbundet reviderade vårdplanen.

Man säger vidare att resurser fortfarande finns för utbildningsåtgärder när det gäller MCA och myndigheterna (Department of Health) och (Office of the Public Guardian) ger också ut informationsmaterial till anhöriga/vänner eller till obetalda vårdare liksom till sjukhus och vårdboenden samt till personer som utsetts att vara representanter för de brukare som ordinerats tvångs- och skyddsåtgärder.

När det gäller kontrollstrukturen tycker de intervjuade att de olika nivåerna från IMCA, som företrädare för personen, The Public Guardian upp till the Court of Protection på nationell nivå, verkar fungera bra.

De intervjuade menar att det endast är ett fåtal negativa aspekter som kommit upp. Bland annat har det handlat om brukare som flyttats från ett boende till ett annat och där stödet från IMCA-personer bedömts varit för svagt för att skydda brukaren. Man menar att det verkar finnas en risk att en del IMCA följer myndigheternas förslag om t.ex. flytt till ett billigare boende.

Lagen är ännu så pass ny och man har inte tillräckligt med data för att kunna göra en större utvärdering än. Flera studier är dock på gång.

Att ta beslut och överklaga beslut

Kan lagstiftning minska användandet av tvångs- och skyddsåtgärder?

I en del av remisskommentarerna till SOU 2006:110 finns en rädsla att en lagstiftning inom området, tvärt emot intentionerna, skulle öka användandet av tvångs- och skyddsåtgärder. De risker som ses handlar om att en "laglig" lista på åtgärder skulle kunna öka användningen av tvångs- och skyddsåtgärder och styra problemlösningen eller att en lagstiftning skulle göra att personalen tänker i kollektiva lösningar istället för individuella. Men förespråkarna menar att om man inte har en lag ökar risken för att begränsande åtgärder eller rena tvångsåtgärder vidtas oreflekterat, att man som personal inte blir medveten om att de för den enskilde är kränkande eller i vart fall en integritetskränkning. Andra risker är att personalen styrs av behovet av att få en situation under kontroll eller att man låter psykofarmaka ersätta tvångs- eller skyddsåtgärden.

Man kan konstatera att den forskning som finns inom området visar att lagstiftning reducerar användandet. Exempel finns bl.a. från USA som efter införandet av en särskild lagstiftning 1997, sett en minskad användning⁴⁶.

I de diskussioner som förts, i arbetsgruppen och i referensgruppen och vid dialogseminarierna, finns en enighet om att en lagstiftning behövs men den måste ha klara regler för att skydda individen.

Utredningens överväganden

I uppdraget från Socialdepartementet ingick inte att ta fram ett förslag till ny lagstiftning. Nedan förs ett resonemang som kan vara en grund för det fortsatta arbetet med ny lagstiftning.

Vid dialogseminarierna som genomfördes under våren fanns konsensus om att tvångs- och skyddsåtgärder bör och kan minska i omfattning med ökad bemanning och utbildning av personal på alla nivåer, inklusive tjänstemän och beslutsfattare. Deltagarna hade ändå svårt att tänka sig en fungerande demensvård som saknar möjlighet att i vissa fall använda insatser som begränsar den enskildes rörlighet eller, till och med, går på tvärs mot dennes önskemål. Men – och detta betonades starkt – tvång och begränsning måste alltid ses som en sista utväg, när alternativa omvårdnadsinsatser prövats och inte fungerat.

Ett beslut om tvångsåtgärd är alltid att betrakta som myndighetsutövning eftersom det är ett uttryck för samhällets maktbefogenhet mot den enskilde. I tidigare lagförslag och i diskussioner som förts under arbetets gång har det funnits en uppfattning om att för att ett beslut ska kunna överklagas måste det röra sig om myndighetsutövning med socialnämnden som ansvarig. Men det är viktigt att

⁴⁶ Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr.* 2005;38:19-25

påpeka att även inom hälso- och sjukvården fattas beslut som innebär myndighetsutövning. Det är beslut om psykiatrisk tvångsvård och i vissa fall enligt smittskyddslagen.

Det som talar för att beslut om tvångsåtgärder skulle vara en del av hälso- och sjukvården och fattas av offentliga vårdgivare är att stora delar av underlaget för beslutet tas fram av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Men det skulle kräva omfattande utbildningsinsatser av stora grupper hälso- och sjukvårdspersonal som idag inte handlägger ärenden i förvaltningsrättslig mening.

Det som talar för att föra åtgärderna till socialtjänsten handlar om att merparten av åtgärderna blir aktuella inom särskilt boende och hemtjänst i ordinärt boende, verksamheter som regleras i socialtjänstlagen.

En utredning inom socialtjänsten ska där så behövs ta in underlag från hälso- och sjukvårdspersonal, varför det faktum att dessa ofta är huvudaktörer i utredningen inte talar mot att besluten fattas av socialnämnden. För att besluten om tvångsåtgärder ska ligga hos socialnämnden talar också att det är nämnden som har ansvar för både de ekonomiska ramarna för verksamheten och de individuella besluten om insatser enligt SoL och LSS.

Besluten om tvångsåtgärder kommer i de flesta fall behöva fattas av en tjänsteman. Socialnämnden bör därför ha möjlighet att delegera besluten till tjänstemän anställda av nämnden, till skillnad från liknande beslut enligt LVU och LVM som enligt lag inte får delegeras till andra än politiker. Det finns enligt vår bedömning inget värde i att lyfta frågan till ett politiskt beslut eftersom det inte torde höja rättssäkerheten. Besluten bör tas där kompetensen finns.

Rätten att överklaga måste finnas för att stärka rättssäkerheten och undanröja möjligheterna till godtycke. Rätten att överklaga bör då knytas till de åtgärder som har ett tydligt tvångsinslag, alltså flytt till särskilt boende, inlåsning och bälte eller motsvarande, liksom kraftigt integritetskränkande åtgärder som videoövervakning, medan åtgärder av mer skyddskaraktär som larmmatta och sökfunktion via GPS, liksom rena omvårdnadsåtgärder som duschning inte bör kunna överklagas. Däremot ska dessa skyddsåtgärder dokumenteras noga och kunna bli föremål för Socialstyrelsens tillsyn.

För att rätten till att överklaga tvångsåtgärd ska bli en realitet för en person som saknar rättskapacitet måste frågan om ställföreträdare för vuxna med nedsatt beslutsförmåga få en lösning. Företrädaren behövs både under utredningen och i samband med beslutet.

I de diskussioner som förts under projektets gång finns en enighet om att beslut om tvångsåtgärder ska kunna verkställas i både kommunal och enskild regi. Det boende den enskilde valt måste kunna om så behövs verkställa tvångsåtgärder även om det är en enskild verksamhet och det oberoende av om den är tillståndspliktig eller drivs på entreprenad. Att behöva flytta personen till ett särskilt boende i kommunal regi för att kunna genomföra en tvångsåtgärd är

uppenbart olämpligt. Det är ju den enskildes hem, och flytt orsakar ytterligare förvirring och risk för försämrad hälsa. Dessutom är sjukdomsbilden ofta sådan att behovet av eventuella tvångsåtgärder skiftar.

Som lagstiftningen (regeringsformen samt socialtjänstlagen) ser ut idag får uppgifter som innebär myndighetsutövning inte överlämnas till verksamheter som drivs i enskild regi av t.ex. ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ. Det vill säga om man tänker sig att ett beslut om tvångsåtgärder sker i två steg, där steg 1 är att ett beslut om begränsningsåtgärd ska kunna vidtas mot en individ och steg 2 är att tillämpa detta och fatta de löpande besluten skulle det betyda att steg 1 idag inte får fattas av enskilda verksamheter. Det innebär att själva beslutet om tvångsåtgärd måste fattas av socialnämnden eller av en tjänsteman hos nämnden efter delegation. Besluten kan sedan verkställas i både kommunala och enskilda verksamheter. Dock är det viktigt att betona att samma krav på dokumentation samt möjligheter till insyn och uppföljning måste gälla oavsett regiform.

En ytterligare fråga är om tvångsåtgärder ska kunna vidtas även när den enskilde bor i ordinärt boende. Mot detta talar att förutsättningarna för insyn och tillsyn är väsentligt sämre i ordinärt än i särskilt boende. För detta talar att åtgärderna bör vara knutna till den enskildes behov av tvångsåtgärder, inte av var den enskilde bor eller vistas. Dock bör vid varje beslut om insats hänsyn tas till de risker som finns med insatsen. Exempelvis förutsätter beslut om bälte att det finns personal som kan övervaka att bältet sitter på rätt sätt och inte riskerar att strypa personen vilket förutsätter kontinuerlig tillsyn som i sin tur vanligen inte är möjligt i det ordinära boendet, varför en sådan åtgärd av det skälet inte blir möjlig. Slutsatsen blir därför att det inte är var personen vistas – i det ordinära boendet eller i särskilt boende som ska avgöra vilka åtgärder som får vidtas, utan individens behov och lämpligheten i åtgärden.

Vem ska ansvara för tillsynen?

Ett förslag som kommit upp under arbetets gång är att alla beslut om tvångsåtgärder, liksom det man gör i Norge, skulle anmälas till högre instans. Anpassat till svenska förhållanden skulle det utöver socialnämnden kunna vara Socialstyrelsens tillsynsregioner. Det skulle kunna jämföras med LPT, där bältesläggning överstiger fyra timmar omgående ska anmälas till Socialstyrelsen, vilket bidrar till att bältesläggning sällan överstiger dessa timmar. Genom ett tvång om kopia på beslut till tillsynsregionerna finns möjlighet att både få kontroll på omfattningen av åtgärderna men också på vilka åtgärder som används. Tillsynsregionerna kan då också göra en inspektion om tagna beslut om åtgärderna synes lagstridiga eller om de har bristfälliga beslutsunderlag. Det kan övervägas om Socialstyrelsen ska ges talerätt, dvs. kunna överklaga beslut om tvångsåtgärder.

Slutsatser

Inledningsvis kan sägas att vi i rapporten konstaterar att det behövs en lagstiftning både för att säkerställa en grundnivå av skydd mot skada på liv eller hälsa och en reglering av de fall där åtgärder måste sättas in utan den enskildes samtycke eller mot dennes vilja. Denna rätt har erkänts för psykiskt sjuka där det idag finns lagstiftning som möjliggör både intagning på sjukvårdsinrättning, begränsningar i det dagliga livet, och medicinering mot individens vilja – allt i syfte att ge en person den vård som denne anses behöva utan att själv inse det.

Vidare konstaterar vi i rapporten att det är orimligt att vårdtagare ska vara utlämnade till enskild omsorgspersonals bedömning av behovet av skydd. Det är inte heller rimligt att enskild omsorgspersonal utan juridisk skolning dagligen ska behöva handla på ett sätt som riskerar att vara brottsligt.

Även med tillräcklig och väl utbildad personal kommer det att uppstå situationer när någon form av skydds eller tvångsåtgärd kan bli nödvändig. Utan lagstöd finns risk att dessa genomförs oreflekterat och utan en gedigen utredning, eller att psykofarmaka sätts in eftersom det inte har betraktats som tvångsåtgärd. I en kommande lag måste syftet vara att dels begränsa tvångsåtgärder, dels ha ett fokus på att skydda den enskilde. Lagen måste vila på en tydlig värdegrund – en portalparagraf – som handlar om att ge varje enskild människa bästa möjliga livskvalitet utifrån de förutsättningar som han eller hon har.

I de diskussioner som förts under arbetets gång, vid dialogseminarierna och i samtal med referensgruppen fanns en stor enighet om behovet av en lagstiftning inom området. Men hur en sådan lagstiftning ska se ut är ingen enkel fråga att besvara. I rapporten redovisas ett stort antal områden som måste beaktas i arbetet med en kommande lagstiftning. Nedan sammanfattas och kommenteras de viktigaste punkterna:

På frågan om vilken grupp som ska beröras av lagen måste fokus ligga på individens rättskapacitet. Lagen kan inte enbart gälla personer med demenssjukdom. Gruppen kan vara svår att definiera och personer med demenssjukdom kan ha rättskapacitet. Det kan också ses som stigmatiserande att peka ut en specifik grupp. Samtidigt kan personer som inte har en demenssjukdom, eller som saknar demensdiagnos sakna rättskapacitet. Målgruppen kan således inte definieras efter en viss diagnos. Avgörande är om personen har rättskapacitet, det vill säga kan bedöma sin egen situation och fatta adekvata beslut. Vi föreslår att begreppet *allvarlig kognitiv störning* används för att definiera gruppen. Personer med demenssjukdom kommer då i vissa situationer ingå i denna grupp.

Tvångs- och skyddsåtgärder kan vara av många olika slag och mer eller mindre tvingande. Vi föreslår därför en gradering för att tydliggöra detta, dels för att ge vägledning för var (och av vem) besluten ska tas, dels för hur samtycke ska bedömas. Ju mer ingripande en åtgärd är desto större krav på en rättssäker hantering och möjlighet att överklaga.

Den åtgärd vi bedömer som mest ingripande är när en person, mot sin vilja, flyttas till ett särskilt boende. Andra former av tvångs- och skyddsåtgärder som kan anses som allvarliga är någon form av anordning som gör att en person med demenssjukdom inte kan ta sig ut utan hjälp, bälte eller brickbord som gör att han/hon inte kan resa sig upp ur rullstolen och sänggrind som hindrar henne/honom att komma ur sängen.

En allvarlig åtgärd är också videoövervakning eller liknande teknik för att övervaka den enskilde. Som mindre allvarliga bedömer vi insatser som larm (t.ex. larm på dörr eller larmmatta) eller GPS och liknande teknik som gör det möjligt att se om den enskilde lämnar rummet eller huset och/eller spåra var han/hon är.

När det gäller läkemedelsbehandling konstaterar vi att den kan uppfattas som en tvångs- eller skyddsåtgärd dels när de gäller att ge lugnande eller dämpande läkemedel i syfte att underlätta vård- eller omsorgssituationer, dels när medicin blandas i mat eller dryck då man vet att personen kommer att göra motstånd mot att ta medicinen. Även sådana åtgärder måste alltså omfattas av en lagstiftning.

Beslut om de åtgärder vi graderat som allvarliga föreslår vi ska tas i en form så att de är möjliga att överklaga. Även om den personal som gör utredningen om rättskapacitet och förhållanden som kan förorsaka ett behov av skyddsåtgärder vanligen är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer vi att det är socialnämnden som bör vara den myndighet som har att fatta besluten. Det är för socialnämnden redan idag naturligt att inför beslut i individärenden ha ett brett beslutsunderlag som inkluderar medicinska bedömningar. Det är önskvärt att den som har ansvar för äldreomsorgens ekonomi också har att fatta dessa beslut, eftersom det finns ett samband mellan behov av att vidta tvångs- och skyddsåtgärder och tillgång på väl utbildad personal. Socialnämnden bör kunna delegera besluten till tjänstemän. Verkställigheten ska sedan kunna ske oavsett regiform för hemtjänst, dagverksamhet eller särskilt boende.

Gränsen mellan vad som är hjälpmedel och vad som är en tvångsåtgärd går inte vid vilken insats som valts utan hur den fungerar för den enskilde. Bältet i rullstolen kan vara ett nödvändigt hjälpmedel för att en person alls ska kunna sitta i en rullstol och av den enskilde ett önskat hjälpmedel. Men det kan också upplevas som ett hinder, och blir då en tvångsåtgärd. Vid arbetet med en kommande lag om tvångs- och skyddsåtgärder måste uppmärksammas att Hälso- och sjukvårdslagen har en vidare syn på presumerat samtycke än vad vi anser ska gälla i en lag för tvångs- och skyddsåtgärder.

För vems skull ska tvångs- och skyddsåtgärder användas? Redan i det lagförslag som presenterades 2006 liksom i dansk, norsk och engelsk lagstiftning poängteras vikten av att åtgärderna ska göras för den enskildes bästa, för att förbättra situationen för den enskilde, för att han eller hon ska fungera i en social omgivning och naturligtvis för att skydda personen från skador. Men vi har också belyst att det ibland kan handla om att skydda omgivningen, medboende, personal eller anhöriga. Sådana åtgärder kan då motiveras av vetenskapen om att personen i fråga inte skulle ha betett sig som han/hon gjorde utan inflytande av allvarlig

kognitiv störning och att personalen har en skyldighet att hjälpa till att lindra effekterna av beteendet. Bemanningsfrågan blir här en central punkt. En kommande lagstiftning måste vara tydlig i att tvångs- eller skyddsåtgärder aldrig får användas på grund av att det inte finns tillräckligt med personal, dåligt utformade lokaler eller att personalen saknar kunskap att klara den uppkomna situationen.

Vi konstaterar alltså att en kommande lagstiftningen *inte* ska säga nej till tvång men den måste ställa mycket tydliga krav på vad som ska ha gjorts innan en tvångsåtgärd sätts in.

Vi föreslår att någon form av åtgärdslista bör användas vilken ska vara obligatorisk för att få ta beslut om tvångs- eller skyddsåtgärder. I bilaga 5 ges ett förslag på hur en checklista skulle kunna se ut innan beslut tas om tvångs- och skyddsåtgärder inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom specifikt. Nedan listas de övergripande områden som bör ingå i en lista generell:

- Bedömning av personens rättskapacitet.
- Vad vill individen?
- En noggrann utredning med en etisk diskussion. Vad vinner vi? Vad förlorar vi? Hur mycket kränker vi individen i och med den åtgärd vi föreslår? Utredningen måste såväl avse om det finns medicinska faktorer som orsakar de svårigheter som ska lösas som om dessa beror på brister i omvårdnads/omsorgssituationen.
- Pröva/utesluta andra alternativ. Här ska även beaktas att olika åtgärder kan vara olika integritetskränkande – och i olika situationer. Dialog med andra professioner och personer som känner den enskilde (inklusive anhöriga).
- Om tvångsåtgärd övervägs så ska dialog ske med den enskildes företrädare om sådan är förordnad, och tydlig information ska lämnas om möjligheten att överklaga.
- Adekvat åtgärd vidtas inom den ram den nya lagen och eventuella föreskrifter ger. Åtgärden måste dokumenteras, utvärderas (både positiva och negativa effekter) och omprövas.
- Beslutet ska förutom anmälan till enhetschef och MAS dessutom anmälas till kommunens socialnämnd och till Socialstyrelsens tillsynsregioner.

När det gäller den sista punkten om tillsyn konstaterar vi att den ges stor vikt i de andra ländernas lagstiftning. I Norge och England har tillsynsenheten haft dels en implementeringsroll när lagen beslutades, dels fått en tillsynsroll när lagen börjat användas. Det är naturligt att Socialstyrelsen får en central roll vad gäller implementering av lagen, och att dess tillsynsregioner får ett ansvar för tillsynen. Det kan också övervägas om Socialstyrelsen ska ges talerätt, dvs. kunna överklaga beslut om tvångsåtgärder. En vinst med en central tillsyn finns bland annat i möjligheten till likvärdiga dokumentationskrav över landet och mellan kommunala och enskilda utförare och en samlad överblick över effekterna av den nya lagen.

De förmedlade erfarenheterna av lagstiftningen i de länder vi har studerat är positiva. Gemensamt är att länderna lagt ner stora resurser på information och

utbildning innan lagen trätt i kraft och också på att tydliggöra intentionerna med lagen.

När det gäller den engelska lagstiftning ger den en ökad tydlighet i hur bedömningar av beslutsförmåga alltid och regelbundet måste finnas med i vårdplaner som också regelbundet ska revideras. Man har i och med MCA möjliggjort ett bedömningssystem för beslutsförmåga och tydliggjort allas ansvar för detta. Man har satt i bruk ett system med kontrollfunktioner som ska säkerställa att personens bästa tillvaratas liksom omfattande informations- och utbildningsprogram. Då man ansett att lagen ska gälla alla med nedsatt beslutskapacitet över 18 år och både inom hälso- och sjukvård samt inom social service är lagen övergripande. Genom MCA har man för första gången i lagtext skrivit in fem lagstadgade principer som är själva utgångspunkten för lagen. Strukturen med bedömning och organisation för uppföljning och kontroll är tilltalande och enligt dem vi talat med har MCA bidragit till att lyfta frågan om beslutskapacitet, tydliggjort allas ansvar samt stärkt både brukarens rättigheter samt professionens möjligheter att fatta juridiskt korrekta beslut för brukarens bästa när beslutskapaciteten är nedsatt.

Även om effekterna av den engelska lagstiftningen rapporteras vara positiva har vi inom ramen för uppdraget inte kunnat studera i vilken utsträckning den Engelska lagstiftningen kan "översättas" till svenska förhållanden. En viktig del i en kommande lagstiftning handlar om att trygga möjligheten att överklaga beslut om tvångs- och skyddsåtgärder. I lagförslaget från 2006 skulle merparten av besluten tas av socialnämnd, alltså höra hemma i socialtjänsten, detta för att möjliggöra överklaganden. I Norge ligger den nya lagen inom hälso- och sjukvården. England har tagit fram en övergripande lag som täcker in arbetet inom både vård- och omsorgsorganisationer. Det senare är intressant då vi också diskuterat var den nya lagen ska gälla (enbart i särskilt boende eller även i eget boende, även på sjukhus) och diskuterat om det kan finnas skäl att skilja på särskilt boende, där det finns en annan insyn, och eget boende där tillåtna åtgärder kanske ska vara mer begränsade. Vår slutsats är, som redovisats ovan, att lagen bör utgå från den enskildes behov av skyddsåtgärder oavsett var hon bor eller vistas, men att åtgärden måste anpassas till vad som är möjligt med hänsyn till kontinuerlig tillgång till personal. Dock har vi avstått från att lägga förslag på vad som ska gälla när personen vårdas på sjukhus.

Vi konstaterar att det finns flera möjligheter att använda ny teknik för att minska användandet av mer integritetskränkande åtgärder och ny teknik kommer ständigt. En kommande lag måste möjliggöra eller till och med underlätta försök med ny teknik och nya metoder.

Avslutningsvis ser vi att erfarenheterna från framförallt Norge och England utnyttjas när det kommer till ett införande av en kommande lag. I de bägge länderna har man lagt ner både tid och resurser på implementering av lagens intentioner ute i verksamheterna. Här finns stora möjligheter till både fortsatt utbildning i och utveckling av ett personcentrerat omhändertagande för att möta

upp den värdegrund som handlar om att ge varje enskild människa bästa möjliga livskvalitet utifrån de förutsättningar som han eller hon har.

Bilagor

Bilaga 1. Upphävda föreskrifter om tvångs- och skyddsåtgärder. Socialstyrelsens meddelandeblad Nr 2/2010

Den 15 juni 2010 upphör Socialstyrelsens kungörelse (SOSFS 1980:87) med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad att gälla. Föreskrifterna och de allmänna råden kommer inte att ersättas av nya föreskrifter och allmänna råd (se bakgrund och gällande rätt). Detta meddelandeblad innehåller en beskrivning av konsekvenserna av upphävandet, bakgrund till beslutet samt en beskrivning av gällande rätt. Då de upphävda föreskrifterna och allmänna råden avser verksamheter som riktar sig mot vuxna personer omfattar beskrivningen av gällande rätt personer som är 18 år och äldre. Meddelandebladet kommer att kompletteras med ytterligare information riktad till ansvariga för verksamheterna på Socialstyrelsens hemsida med adress www.socialstyrelsen.se

Vad innebär upphävandet

Beslutet att upphäva SOSFS 1980:87 och SOSFS 1992:17 innebär att rutiner som kommuner och enskilda verksamheter har fastställt med dessa föreskrifter och allmänna råd som grund inte längre kommer att ha det stödet. Detsamma gäller också för individuella beslut i den mån dessa fattats med stöd av nu nämnda föreskrifter och allmänna råd och fortfarande tillämpas. Kommuner, enskilda verksamheter samt offentliga och privata vårdgivare har ansvar för att verksamheterna bedrivs i enlighet med gällande författningar (lagar, förordningar och föreskrifter). Det åligger därmed berörda nämnder, huvudmän för enskilda verksamheter samt offentliga och privata vårdgivare att informera berörd personal om upphävandet och dess konsekvenser.

Bakgrund

I december 1999 överlämnade Socialstyrelsen skrivelsen Stärkt rättskydd för personer med nedsatt beslutsförmåga (dnr 55-13773/99) till regeringen. I skrivelsen konstaterade Socialstyrelsen att en grundläggande fråga i vård och omsorg om äldre personer med nedsatt beslutsförmåga är hur man tillförsäkrar dem en trygg boende- och vårdmiljö utan att kränka deras grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Vidare anförde Socialstyrelsen att rättssäkerheten för äldre personer med nedsatt beslutsförmåga behövde stärkas och att lagstiftningen inte gav personalen tillräcklig vägledning för deras handlande. Socialstyrelsen framförde att det behövde utredas hur rättssäkerheten för äldre personer med nedsatt beslutsförmåga kunde stärkas. I februari 2005 tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att överväga om det finns behov av att införa bestämmelser om skydds- och tvångsåtgärder inom vården och omsorgen om äldre personer som har nedsatt beslutsförmåga främst till följd av demenssjukdom.

I december 2006 överlämnade utredningen sitt betänkande *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården* (SOU 2006:110) till regeringen. I betänkandet föreslog utredaren två nya lagar för att reglera nödvändiga tvångsåtgärder i vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga på grund av demenssjukdom inom socialnämndens ansvarsområde – 1) lagen om tvångs- och skyddsåtgärder inom socialtjänsten i vissa fall, och 2) lagen om tvångsåtgärder vid medicinsk behandling i vissa fall. Betänkandet har remissbehandlats och bereds i Regeringskansliet. I juli 2009 beviljade regeringen Svenskt Demenscentrum medel för att ta fram en kunskapsöversikt om balansen mellan tvångsåtgärder och skydd för den enskildes integritet i omsorg och vård för personer med demenssjukdom (dnr S2009/4918/ST).

Arbetet ska redovisas i en rapport till regeringen senast den 31 oktober 2010. I betänkandet (SOU 2006:110 s. 263) konstateras att de tvångs- och skyddsåtgärder som i dag förekommer inom vård och omsorg om personer med demenssjukdom är sådana att de enligt regeringsformen (RF) kräver stöd i lag. Något specifikt sådant lagstöd finns enligt utredaren inte idag. På samma sätt strider åtgärderna mot Europakonventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Vidare konstateras att svensk grundlag (regeringsformen) förutsätter att ingen medborgare ska kunna utsättas för samhälleligt tvång utan lagstöd, vilket helt uppenbart sker inom detta område (s. 272).

Hälso- och sjukvård och socialtjänst

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska utforma sina insatser utifrån den enskildes individuella behov och förutsättningar. Enligt 2 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) ska patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Om information inte kan lämnas till patienten ska den istället lämnas till en närstående till patienten om det inte finns hinder i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Inom socialtjänsten finns inte någon motsvarande bestämmelse som anger att information ska lämnas till närstående. Med den enskildes samtycke kan socialnämnden eller en enskild verksamhet lämna information till närstående. Det är vårdgivaren respektive socialnämnden och huvudmannen för en enskild verksamhet som har ansvar för att vård och omsorg är av god kvalitet.

God kvalitet och systematiskt kvalitetsarbete

Enligt 2 a § HSL, ska hälso- och sjukvården vara av god kvalitet och enligt 31 § HSL ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Enligt 2 e § HSL ska det där det bedrivs hälso- och sjukvård finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Ytterligare bestämmelser om systematiskt kvalitetsarbete finns i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Bestämmelserna gäller såväl offentliga som privata vårdgivare. Av 4 kap. 5 § SOSFS 2005:12 följer att det ska finnas rutiner för att identifiera, analysera och bedöma riskerna i verksamheten, åtgärda orsakerna till

riskerna och göra en särskild riskbedömning vid väsentliga förändringar i verksamheten.

Enligt 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453, SoL) ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Enligt 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska verksamhet som omfattas av den lagen vara av god kvalitet. I dessa bestämmelser anges vidare att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Av 3 kap. 3 § SoL framgår vidare att det för utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Enligt 6 § LSS ska det för verksamhet enligt denna lag finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges. Bestämmelserna i SoL och LSS gäller för både kommunal och enskild verksamhet.

Ytterligare bestämmelser om systematiskt kvalitetsarbete finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Föreskrifterna gäller direkt för kommunal verksamhet, och kan i vissa fall enligt avtal med kommunen även gälla för enskilda verksamheter. Av 4 kap. 5 § SOSFS 2006:11 följer att det ska finnas rutiner för att fortlöpande kontrollera att det finns den bemanning som behövs för att utföra socialtjänstens uppdrag och att personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna. Av 4 kap. 3 § samma föreskrifter följer också att det ska finnas rutiner för hur fel och brister i verksamheten ska identifieras, dokumenteras, analyseras och åtgärdas samt hur vidtagna åtgärder ska följas upp. Vidare ska de erfarenheter som har gjorts i samband med uppkomna fel och brister utgöra ett underlag för det systematiska kvalitetsarbetet. Det är den nämnd som har beslutat om en insats för en enskild person enligt SoL eller LSS som har ansvar för att den enskilde får den beviljade insatsen och att insatsen är av god kvalitet (prop. 2005/06:115 s. 188 och prop. 2007/08:43 s. 13).

Gällande rätt

Skyddet i svensk grundlag

Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande (2 kap. 6 och 8 §§ regeringsformen, RF). Med ”det allmänna” avses offentlig verksamhet och verksamhet som drivs av enskilda verksamheter på uppdrag av t.ex. kommuner och landsting samt vissa andra verksamheter som regleras i lag. 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 (prop. 1975/76:209 s. 147). Även tvångsmedicinering är ett sådant påtvingat kroppsligt ingrepp som avses i 2 kap. 6 § RF och som därmed kräver lagstöd för att vara tillåtet (prop. 1983/84:111 s. 92 och JO beslut den 22 mars 2005, dnr 2169-2004).

Med frihetsberövande avses enligt förarbetena till regeringsformen bl.a. fall då någon faktiskt är förhindrad att förflytta sig utan för ett rum eller annat relativt starkt begränsat område (prop. 1975/76:209 s. 52).

Undantag från skyddet mot kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden kan endast föreskrivas i lag, och då bara i syfte att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningarna får inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett dem (2 kap. 12 § RF). Sådana

undantag har bl.a. gjorts i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV), lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning och smittskyddslagen (2004:168, SmL).

Nödrätten

I 24 kap. brottsbalken (BrB) finns bestämmelser om ansvarsfrihet för handlingar som företagits i nödvärn eller nöd. Dessa bestämmelser innebär att gärningar som normalt är straffbara, under vissa förhållanden kan medföra att en person går fri från ansvar. I detta meddelandeblad behandlas enbart den s.k. nödrätten. Bestämmelserna om nödrätten gäller generellt och därmed inte bara för anställda inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Bestämmelserna om nödrätt (24 kap. 4 § BrB) innebär att den som handlar i nöd för att avvärja fara för liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse under vissa förutsättningar kan vara fri från ansvar. Det som är aktuellt inom vård och omsorg är främst fara för liv och hälsa. Handlingen får inte vara oförsvarlig med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt, vilket innebär att handlingen måste stå i proportion till den fara som föreligger. 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 offras (prop. 1993/94:130 s. 35 f och s. 70). Att med våld eller tvång förhindra att någon kastar sig ut från ett fönster eller en balkong eller att den enskilda allvarligt skadar någon annan är exempel på situationer där nödrätten skulle kunna åberopas. Andra exempel kan vara att den enskilde är på väg ut i en starkt trafikerad gata eller ger sig ut i tunna kläder och riskerar att frysa ihjäl. Situationen måste dock vara sådan att det finns en verklig allvarlig och överhängande fara för liv eller hälsa. En avvägning måste således göras mellan å ena sidan den fara som förelegat och å andra sidan den skada som handlingen medfört samt ”omständigheterna i övrigt”. Vid avvägningen mellan de motstående skyddsintressena gäller dock att den normalt rättsstridiga handlingen måste ha vidtagits för att tillvarata ett intresse av *betydligt större* skyddsvärde än det intresse som kränks genom handlingen för att åtgärden ska anses försvarlig (Rynning s. 366). Dessutom ska situationen inte kunna lösas på ett mindre ingripande sätt (Jämför 2 a § LPT och 2 a § LRV). Nödbestämmelserna ska endast tillämpas i undantagsfall (prop. 1993/94:130 s. 35). Nödrätten får inte ligga till grund för rutinmässiga ingripanden utan är avsedd att användas vid en enstaka händelse. Det är därmed inte möjligt att vidta åtgärder inom hälso- och sjukvård och socialtjänst under en längre tid med motiveringen att det är fråga om en pågående nödsituation. Det innebär vidare att nödrätten inte kan åberopas för handlingar för att få någon att ”uppföra” sig på ett visst sätt.

Dokumentation

Av SoL och LSS framgår att dokumentationen bl.a. ska utvisa åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse (11 kap. 5 § SoL och 21 a § LSS). Att våld eller tvång har använts i en situation är att betrakta både som en faktisk omständighet och en händelse av betydelse och omfattas därmed av dessa bestämmelser. Om en anställd har använt våld eller tvång i en

akut situation ska det inträffade dokumenteras enligt SoL och LSS. I de flesta fall görs dokumentationen i handlingar som hör till den enskildes personakt (SOSFS 2006:5 4 kap. 6 § AR och 6 kap. 2 § AR). Detta ska också dokumenteras vid hälso- och sjukvård. Av 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355) framgår att en patientjournal ska innehålla bl.a. väsentliga uppgifter om vidtagna åtgärder. Likaså ska den information som patienten har fått dokumenteras, liksom de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ. Även ställningstaganden att inte vidta någon åtgärd är viktiga att dokumentera inför uppföljningar av vården (Handbok till SOSFS 2008:14, informationshantering och journalföring).

Begreppen tvång och samtycke

I hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen finns inte några bestämmelser som klargör vad som gäller när en enskild person av något skäl inte kan samtycka till en åtgärd eller insats. I det följande redogörs kort för begreppen tvång och samtycke.

Tvång

Frågor om vad som kan anses utgöra tvång, tvångsåtgärder m.m. regleras i flera lagar, t.ex. brottsbalken, LPT och LVU. Av gällande lagstiftning inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt tillhörande förarbeten framgår inte var gränsen går för när en åtgärd som vidtas mot en person som inte har förmåga att lämna ett samtycke ska anses utgöra en tvångsåtgärd (SOU 2006:110 s. 116–117). I bl.a. betänkandet *Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården* (SOU 2006:110 s. 116–117) redovisas olika utgångspunkter för hur man kan se på vad som är tvång när en person inte kan lämna samtycke. En utgångspunkt innebär att man anser samtliga åtgärder är tvång då den enskilde saknar beslutsförmåga och därför inte kan lämna ett i juridiskt hänseende giltigt samtycke. 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 om den enskilde aktivt motsätter sig åtgärden och å andra sidan att det vid en mer ingripande åtgärd inte krävs något motstånd utan är fråga om tvång även i de situationer där den enskilde förhåller sig passiv eller kanske t.o.m. förklarar att åtgärden får vidtas.

Samtycke

Begreppet samtycke innebär i generell mening accepterade eller godtagande av föreslagna villkor. Inom hälso- och sjukvård och socialtjänst avses dock oftast en något begränsad form av överenskommelse, vilken skulle kunna karaktäriseras som ett tillåtande av den andra partens agerande snarare än som ett avtal mellan två jämbördiga parter (Rynning s. 167).

Förutsättningar för ett samtyckes rättsliga giltighet är att a) det har lämnats av någon som är *behörig* att förfoga över det aktuella intresset, b) den samtyckande är *kapabel* att förstå innebörden av samtycket, c) vederbörande har haft full *insikt* om relevanta omständigheter, d) samtycket har lämnats *frivilligt*, samt e) samtycket är *allvarligt menat* (prop. 1993/94:130 s. 39). Även om ett samtycke uppfyller alla förutsättningar för giltighet vid tidpunkten för dess avgivande, medför detta inte att samtycket gäller för all framtid. En person kan när som helst återkalla sitt samtycke. Även om samtycket inte återkallas kan det också av andra skäl upphöra att gälla. För att ett samtycke till en viss åtgärd ska tillerkännas rättslig relevans måste det föreligga vid tidpunkten för åtgärdens genomförande (t.ex. SOU 1988:7 s. 120).

Samtycke från den enskilde

Insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen bygger på frivillighet och förutsätter den enskildes samtycke. Ett samtycke kan 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 eller hon samtycker, t.ex. genom att underlätta åtgärdens genomförande (Rynning s. 316-323).

En annan typ av samtycke är det s.k. *presumerade samtycket*. Ett sådant samtycke bygger på att den som ska vidta åtgärden 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 genomförs (Rynning s. 324 ff.). Kraven på samtyckets art bör ställas högre om åtgärderna är av särskilt ingripande natur. Exempel på sådana åtgärder är fastspänning i bälte och inlåsning (SOU 1984:64, s. 179).

En annan form av samtycke är det hypotetiska samtycket. Detta beskrivs ibland som en särskild form av presumerat samtycke. Med hypotetiskt samtycke förstås att något samtycke faktiskt inte föreligger från den det gäller, men att han eller hon skulle ha samtyckt till åtgärden om han eller hon hade givits tillfälle att ta ställning i frågan (Rynning s. 325 och 385). Det har i lagstiftningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst inte klarlagts under vilka omständigheter ett hypotetiskt samtycke får användas (Ds 2003:47 s. 128). JO har i ett ärende behandlat frågan om en person kan samtycka till tvångsåtgärder inom hälso- och sjukvården (psykiatri) som inte har stöd i lag. I sitt beslut (JO 3236-2006) redovisar JO att man inte kan samtycka till sådana tvångsåtgärder som bältesläggning.

Samtycke från god man och förvaltare

Att ge vård och omsorg mot en vuxen persons vilja eller att använda tvångsåtgärder kräver stöd i lag. Därmed följer att en god man eller förvaltare inte

kan samtycka till vård och omsorg mot den enskildes vilja eller till användning av tvångsåtgärder (2 kap. 12 § RF och SOU 2004:112 s. 452 och s. 728–733).

Samtycke från anhörig

Anhöriga och andra närstående har inte några rättsliga befogenheter att agera som ställföreträdare för en vuxen person. Att ge vård eller omsorg mot en vuxen persons vilja eller att använda tvångsåtgärder kräver stöd av lag. Därmed följer att anhöriga eller annan närstående inte kan samtycka till vård eller omsorg mot den enskildes vilja eller till användning av tvångsåtgärder (2 kap. 12 § RF och SOU 2004:112 s. 625–626 och 697).

Som framgår i avsnittet ovan, Skyddet i svensk grundlag, gäller bestämmelserna i RF ”det allmänna”. De gäller däremot inte om det är t.ex. en anhörig som vidtar åtgärder mot den enskildes vilja eller som omfattar tvång. En sådan åtgärd kan däremot falla under brottsbalkens bestämmelser om olaga tvång eller olaga frihetsberövande m.m. Av detta följer att det allmänna (t.ex. en kommun) inte kan sanktionera eller medverka till tvångsåtgärder, som vidtas av anhöriga. Anhöriga kan inte heller beordra personal eller ställa krav på att personal ska utföra vård eller omsorg mot en persons vilja eller att använda olika tvångsåtgärder (JO 1983-84 s.150, dnr 3131-1982).

Referenser

- SFS 1962:700 Brottsbalken
- SFS 1974:152 Regeringsformen
- SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen
- SFS 1988:870 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall
- SFS 1990:52 Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga
- SFS 1991:1128 Lagen om psykiatrisk tvångsvård
- SFS 1991:1129 Lagen om rättspsykiatrisk vård
- SFS 1991:1137 Lagen om rättspsykiatrisk undersökning
- SFS 1993:387 Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
- SFS 1993:389 Lagen om assistansersättning
- SFS 1998:531 Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
- SFS 2001:453 Socialtjänstlagen
- SFS 2004:168 Smittskyddslagen
- SFS 2008:355 Patientdatalagen
- SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslagen
- Propositioner*
- Prop. 1975/76:209 Om ändring i regeringsformen
- Prop. 1983/84:111 Med förslag till polislag m.m.
- Prop. 1993/94:130 Ändringar i brottsbalken m.m. (ansvarsfrihet m.m.)
- Prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre
- Prop. 2007/08:43 Rapporteringsskyldighet av ej verkställda beslut enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) m.m.
- SOU och Ds*
- SOU 1984:64 Psykiatri, tvånget och rättssäkerheten
- SOU 1988:7 Frihet från ansvar. Om legalitetsprincipen och allmänna grunder för ansvarsfrihet
- Ds 2003:47 På väg mot en god demensvård
- SOU 2004:112 Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna
- SOU 2006:110 Regler för skydd och rättsäkerhet inom demensvården
- SOU 2007:22 Skyddet för den personliga integriteten
- JO*
- JO 1983-84 s. 150, dnr 3131-1892
- JO 1989/90 s. 207, dnr 837-1987

JO beslut den 22 mars 2005, dnr 2169-2004

JO beslut den 19 september 2007, dnr 3236/2006

Övrig litteratur

Rynning, Elisabeth (1994) *Samtycke till medicinsk vård och behandling: en*

rättsvetenskaplig studie. Avhandling från Juridiska fakulteten i Uppsala. Uppsala: Iustus

Bilaga 2. Riktlinjer för skyddsåtgärder/frihetskränkande åtgärder i Osby kommun

(Från Johnny Kvarnhammar, MAS i Osby kommun)

1. Allmänt

Varje medborgare är enligt Regeringsformen grundlagsskyddad mot frihetsberövande och andra frihetsinskränkningar. Med frihetsberövande avses i huvudsak att mot någons vilja beröva hans/hennes rörelsefrihet.

HSL §2a

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall *"vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten"* samt *"bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet"*.

Samtycke

Det är ofta svårt att få samtycke från personer med demenssjukdom, afasi etc. Om vårdtagaren inte förstår vad det handlar om, får man istället bedöma om den enskilde skulle ha accepterat larmet om han/hon kunnat lämna sitt medgivande s.k. presumerat samtycke. Denna information får inhämtas från närstående och/eller förvaltare/god man.

Dokumentation

Beslut om skyddsåtgärd/frihetsinskränkande åtgärd skall dokumenteras i omvårdnads-/rehab-/omsorgsplan så att all involverad personal får tillgång till informationen. Dessa planer skall detaljerat beskriva användning, hur oönskade konsekvenser av skyddsåtgärden skall minimeras och när uppföljning skall ske. Av omvårdnadsjournalen skall också tydligt framgå vilka åtgärder som är vidtagna och att samtycke har inhämtats. Det är av stor vikt att det finns personal med rätt kompetens i tillräcklig omfattning för att minimera användande av tvångsmedel.

2. Bälte, brickbord eller annan fixering

Huvudregel

Som huvudregel gäller att åtgärder som innebär frihetsinskränkningar eller tvång inte får företas. Socialstyrelsen har i en särskild kungörelse meddelat föreskrifter med förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård SOSFS 1980:87. Föreskriften anses giltiga även i de kommunala boendeformerna med kommunal hälso- och sjukvård. Bälte, brickbord eller annan fixering får endast användas för att möjliggöra en aktivering av vårdtagaren.

Riskgrupper

- Svaga och orkeslösa
- De som har återkommande fallolyckor
- Vårdtagare med yrsel, syn- eller balansrubbingar

Läkarordination

För vårdtagare som sitter uppe får bälte, brickbord eller liknande anordning inte användas annat än efter läkarordination.

Individuellt hjälpmedel

Bälte och brickbord är att anse som ett individuellt hjälpmedel och skrivs efter läkarordination ut av arbetsterapeut.

Rutin

- Omvårdnadspersonal uppmärksammar problemet och meddelar sjuksköterska.
- Före läkarordination skall det om möjligt alltid ske ett samråd med vårdtagaren.
- Läkaren informeras och tar ställning till ordination - bilaga 1 - "Användande av bälte, brickbord eller annan fixering" används.
- Ordinationen gäller i högst 1 år – uppföljning kan vid behov ske tidigare.
- Arbetsterapeut provar ut hjälpmedlet.
- Omvårdnadspersonalen informeras.
- Anhöriga/närstående informeras i förekommande fall.
- Hela förloppet dokumenteras i omvårdnadsjournalen.
- **OBS!** Säkerhetsbälte eller brickbord skall alltid kontrolleras före användandet. Trasiga eller slitna får ej användas.
- Vårdpersonalen skall alltid finnas nära tillgänglig och med tillsyn över vårdtagaren.
- Fastspänning/fixering får inte ske på ett sådant sätt att det kan vålla skador.
- Fastspänning/fixering i säng får **under inga** förhållanden förekomma.

Undantag från läkarordination

I vissa fall kan det finnas behov att använda bälte i rullstol vid utepromenader för att förhindra att vårdtagaren trillar ur vid t.ex. trottoarkanter eller andra ojämnheter i marken. I samråd med vårdtagaren och/eller anhöriga kan vid dessa tillfällen särskilda säkerhetsbälten användas. Dessa bälten är inte att betrakta som individuella hjälpmedel utan får köpas in av respektive enhet/boende. Bälten för detta ändamål får endast användas vid utepromenader när personal är närvarande och måste tas av när man kommer tillbaka till enheten/boendet.

3. Sänggrindar

Sänggrind på vårdtagarens eget önskemål

- Om vårdtagaren själv begär att få ha sänggrind så är det inte att betrakta som frihetsinskränkande skyddsåtgärd.
- Sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast ansvarar för att sängutrustningen anpassas efter vårdtagarens behov då sänggrind ingår i enhetens grundutrustning.
- Arbetsterapeut ansvarar för förskrivning av lämpligt hjälpmedel, instruktion och dokumentation då sänggrind förskrivs som personligt hjälpmedel.

Sänggrind som skyddsåtgärd

Allmänt

All användning av sänggrind som skyddsåtgärd skall föregås av ingående vård- och omsorgsplanering inklusive nytto- och riskanalys. Alternativa åtgärder skall ha provats innan sänggrind som skyddsåtgärd kan föreslås.

Alternativ

Låg säng kan vara ett alternativ till sänggrind.

Ordination

När behov av sänggrindar uppstår av säkerhetsskäl (för att undvika fall ur säng), skall ansvarig sjuksköterska bedöma och ordinera detta. Ordination och information till anhörig/närstående dokumenteras i omvårdnadsjournalen.

Förskrivning

Arbetsterapeut ansvarar för förskrivning av lämpligt hjälpmedel, instruktion och dokumentation då sänggrind förskrivs som personligt hjälpmedel.

4. Skyddsåtgärder för personer med demenssjukdom

Allmänt

Många som bor i kommunens särskilda boende har pga. åldersdemens mycket dålig orienteringsförmåga. De har därmed mycket svårt att hitta tillbaka till sin bostad, då de går ut på egen hand. På grund av detta kan det i vissa fall vara nödvändigt att använda sig av diverse tekniska lösningar. Dessa får dock inte innebära olagligt tvång och måste vara etiskt försvarbara.

Regelverk

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1992:17) ”om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad” tjänar som vägledning för insatser när personer som bor i sådana särskilda boendeformer, som avses i 20 § socialtjänstlagen, på egen hand vill lämna bostaden och därmed riskerar att utsätta sig för fara.

Inlåsning

Inlåsning i lägenhet/rum får **inte förekomma**. Boendeenhetens ytterdörr kan vara låst, så som det är brukligt i de flesta människors hem. Låset måste vara av sådan beskaffenhet att de boende själva kan låsa upp. Att använda alltför komplicerade lås som förhindrar den äldre att öppna dörren och gå ut är att betrakta som inlåsning.

Vårdansvar

Samtidigt som inlåsning är förbjudet enligt grundlag så har kommunen ett vårdansvar för de personer som kan bege sig iväg från bostaden och på så vis komma till skada.

Larm och låsanordningar

Tekniska lösningar

Enhetschefen ansvarar för att rutiner och handhavande för olika tekniska lösningar som används i frihetsbegränsande syfte är juridiskt försvarbara och följer gällande föreskrifter.

Godkännande

Larm och låsanordningar som installeras skall godkännas av brandmyndighet och medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Kodlås

Låst dörr med kodanvisningar som vårdtagaren ej kan förstå är att betrakta som inlåsning.

Generella passagelarm

Generella passagelarm som signalerar via ljudsignal eller signal till personalens larmtelefon när någon passerar, får användas på dörr till boendeenhet.

Individuella larm

Olika typer

Dörrlarm, sängvakt, larmmatta, rörelselarm och larm som anbringas på vårdtagaren såsom ”Jenkalarm” och ”Salvo” Nödsändare är exempel på individuella larm.

Jenkalarm

Larm som anbringas i vårdtagarens kläder och aktiveras när denne passerar viss gräns t.ex. ytterdörr. Kräver speciell installation.

Salvo

”Salvo” Nödsändare utvecklad i nära samarbete med Demensförbundet.

Nödsändare

Sändaren har formen av en klocka (som ett trygghetslarm) och bärs runt handleden.

Nödsändarens funktion

1. Försvinnandet upptäcks av anhörig eller vårdpersonal.
2. Anmälan görs hos Polisen i Osby eller närmaste polismyndighet, som gör en polisiär bedömning hur sökandet skall genomföras.
3. Polisen beslutar om aktivering av nödsändaren och kontaktar SOS för aktivering.
4. Nödsändaren fjärraktiveras via MiniCall-nätet och sänder en signal (under 9 timmar) via en nödfrekvens.
5. Polisen kan nu starta sökning via pejling – hanteras av polisen i Malmö.
6. Polisen kan pejla antingen via bil, helikopter eller handburna antenner.
7. Sökning kan göras med helikopter över hela Sverige.
8. Återfinnandet.

Beslut

Dörrlarm - Beslutas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Sängvakt - Beslutas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Larmmatta - Beslutas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Rörelselarm - Beslutas av omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Jenkalarm - Beslut tas av demenssjuksköterska i samråd med ansvarig enhetschef. Mas och verksamhetschef underrättas.

Nödsändare - Beslut tas av demenssjuksköterska i samråd med ansvarig enhetschef. Mas och verksamhetschef underrättas.

Frekvens

Medicinskt ansvarig sjuksköterska skall regelbundet informeras om hur ofta det förekommer att Jenkalarm och Nödsändare utlöses. Detta skall ske per individ.

Nödrätt

Allmänt

Som huvudregel gäller att åtgärder som innebär frihetsinskränkningar eller tvång inte får företas. Dock finns det vissa möjligheter att göra undantag härifrån. Regeln om **nödrätt** i brottsbalken 24 kap. 4 § innebär nämligen att den är fri från ansvar som handlar i nöd för att avvärja fara för liv och hälsa. Gärningen måste dock vara försvarlig med hänsyn till farans beskaffenhet.

Om vårdtagaren utsätter sig för fara för liv eller hälsa, är det alltså inte förbjudet att även utan det enskildes samtycke handla så att man räddar dennes liv eller hälsa.

Exempel

Det kan t.ex. gälla om den enskilde är så starkt förvirrad att han eller hon inte kan klara att ensam ta sig fram i trafiken eller kan befaras hamna vilse och utsätta sig för risk att förfrysas. Det får från fall till fall avgöras om situationen är sådan att nödrätten ger möjlighet för personalen att förhindra att den enskilde lämnar bostaden.

Låsning

Då vårdtagare på grund av oro och förvirring inte kan förmås att stanna kvar på boendet och då den ”olåsta” dörren i kombination med individuella larm, passagelarm eller andra åtgärder ej bedöms vara tillräckliga för att undanröja fara för liv och hälsa gäller följande:

1. Beslut om att låsa dörren till boendeenheten tas av enhetschef i samråd med demenssjuksköterska – beslutet dokumenteras och en plan upprättas för att snarast undanröja låsningen.
2. Samtliga boende och/eller närstående/god man meddelas att enheten är låst och hur länge detta beräknas pågå.
3. Medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef underrättas snarast om beslutet.

5. Vårdtagare som avvikit från boendeenheten

Huvudregel

Eftersom personalen vanligen inte har någon laglig kvarhållningsrätt eller på annat sätt rätt att hindra någon från att lämna bostaden kan situationer lätt uppstå där personer med åldersdemens lämnat boendet utan att någon personal uppmärksammat detta. Många åldersdementa behöver dock en hög grad av omhändertagande bl.a. för att de inte skall komma till skada om de på egen hand har lämnat sin bostad.

Rutin

Om någon avvikit från sitt boende och inte bedöms vara i stånd att själv ta sig tillbaka skall följande åtgärder göras:

- Personalen genomsöker omedelbart samtliga lokaler och närmaste omgivning.
- Anhöriga underrättas.
- Enhetschef/verksamhetschef underrättas.
- Anmälan till polisen.
- Vid behov kalla in extra personal.
- Rapport till MAS.

6. Regelverk

Lagar och föreskrifter som ligger till grund för riktlinjerna:

SOSFS 1980:87 Socialstyrelsens kungörelse med föreskrifter om förbud mot tvångsmedel inom somatisk långtidssjukvård;

SOSFS 1992:17 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad.

SOSFS 1997:16 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd Ändring i SOSFS 1992:17 om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens i särskilda boendeformer för service och omvårdnad

Bilaga 3. Exempel på checklista som utredningshjälp vid ökad fallrisk

(Från Eva Silow, MAR i stadsdelen Linnéstaden i Göteborg)

Någon enstaka gång efterfrågas bälten, grindar, bord etc. för att förhindra någon att resa sig upp. En noggrann analys behöver då göras. Tvångsmedel är inte tillåtet.

- Varför reser sig personen?

Har personen fått för lite möjlighet att röra sig?

- När mår personen bra?

Kan man utöka antalet situationer som personen mår bra av? Kan man skapa fler bra situationer för personen?

- Har sittanalys och vilobanalys gjorts?

Obekvämt sittande? När ner till golvet? Tryck på sittbensknölar eller svanskota? Tryck i knäveck? För djupt sittdjup? Bra lutning i rygg? Tillräckligt varierande sitt- och liggställning? För långvarigt liggande/sovande förväntas? Vad är rimligt? Är madrassen lagom hård/mjuk?

- Har smärtanalys gjorts?

Har orörlighetssmärta beaktats? Värk i knä av för mycket eller långvarigt sittande eller liggande? Värk i rygg eller annan värk pga. för mycket eller långvarigt sittande eller liggande? Stelhet? Trötthet?

- Har nutitions- eliminationsanalys gjorts

Behöver gå på toaletten? Är törstig? Är hungrig?

- Har social och psykisk analys gjorts?

Oro, ångest? (kontraindikation för tvång) Motorisk oro? Hallucination? OBS! Att röra sig; motionera är ett effektivt och bra sätt att minska oro. Detta är väl dokumenterat och bör alltid vara en första åtgärd då oro uppträder. Personer som har gångsvårigheter behöver kanske då stöd i sitt motionerande dels rent handgripligt "ett levande stöd" men också stöd genom att påminnas eller uppmanas till rörelse.

- Har aktivitetsanalys gjorts?

Trivs inte i sällskapet? Vill ha sällskap? Meningsfull sysselsättning? Får tillräcklig uppmärksamhet? Har tråkigt? Får stimulans? Är dygnsrytmen bra? Markeras dag/natt?

- Har miljöanalys gjorts?

Är sittplatsen trevlig? Är det lagom varmt/kallt? Kan rörelselarm användas? Bolltäckor? Kan buller och ljud undvikas? Lugnande musik? Taktill massage?

- Har läkemedelsgenomgång gjorts?

Finns mediciner som påverkar: Muskelstyrka Balans (t.ex. psykofarmaka)
 Koordination Trängningar Kognition Rastlöshet (t.ex. kortison) Nedsatt vakenhet
 Blodtrycksfall ... osv

- **Vilken är bästa åtgärd utifrån svaren på ovan ställda frågor?**

Har kontakt tagits med arbetsterapeut, sjukgymnast, läkare, sjuksköterska, enhetschef och MAR/MAS?

Bilaga 4. Tillgänglig teknik som kan användas för larm och pejling

En sammanställning över idag (24 september 2010) tillgänglig teknik, tjänster och produkter

A-GPS (Assisted Global positioning System)	En teknik framtagen för att stödja GPS-terminaler när signalen för satelliterna är för svaga, t.ex. då man rör sig på en smal gata mellan höga hus, eller inomhus. Fasta basstationer för GPS-mottagning kan då sända positionsinformation till den personburna GPS-mottagaren, även om denna t.ex. befinner sig inomhus. Dock kräver det att man har tillgång till mobiltelefonterminaler med inbyggd GPS-funktion och programvara för A-GPS. Med denna teknik kan man komma ner till en noggrannhet på 1 till 10 meter.
Bluetooth-teknik	Kan som exempel innebära att små radiosändare placeras ut på strategiska ställen i omgivningen. När man med en lämplig mottagare närmar sig en sådan sändare får man uppläst den förinspelade informationen som kan vara allt från reklam till angivande av t.ex. en busshållplats. Bluetooth-sändare måste ha energiförsörjning i form av t.ex. ett inbyggt batteri.
GIS (Geografiskt Informationssystem)	Datorbaserat system för inmatning, bearbetning, lagring, analys och presentation av geografiska data.
GPRS (GSM Packet Radio System)	En del av GSM-protokollet som medger datatrafik över mobiltelefoninätet. Utnyttjas t.ex. av Wayfinder för att ladda ner aktuell kartinformation mm från central server.
GPS (Global Positioning System)	Amerikanskt satellitpositionssystem. Ursprungligen utvecklat för militära ändamål men sedan ett antal år tillbaka även tillgängligt för civilt bruk.
I-GPS (Indoor Global Positioning System)	En ny typ av GPS-mottagare som planeras marknadsföras inom en snar framtid. Dessa kommer att ha så hög känslighet att de kan användas inomhus under någorlunda gynnsamma omständigheter.
IKT	En akronym för Informations och Kommunikations Teknologi (motsvarade engelskans ICT- Information and Communication Technology).
Minicall	Metod för enkelriktad textkommunikation till små personburna mottagare. Kan skickas från t.ex. en vanlig knapptelefon, som SMS eller som e-post.
PDA (Personal Digital Assistant)	En typ av liten, handburen dator som kan innehålla kalender, adressbok, minneslistor, tidtabeller mm. Den kan även programmeras och kopieras till annan utrustning t.ex. en GPS-

	navigator.
RFID (Radio Frequency Identification)	En radiosignalbaserad identifieringsmöjlighet. Den bygger på att en passiv radiokrets sänder ut information när man närmar sig med en speciell kombination av sändare och mottagare. Eftersom den fasta sändaren är passiv behöver den ingen egen energiförsörjning.
SIM-kort – Subscriber Identify Module	Litet, smart minneskort för mobiltelefoner som innehåller användarinformation.
SMS – Short Message Service	Ett system för hantering/skicka textmeddelande till och från mobiltelefoner.
MMS	Ett system för att hantera och skicka bilder och video (korta stycken) till och från mobiltelefoner.
3G	Beteckning avser tredje generationens mobiltelefoni. Kapaciteten är så hög att den medger överföring av rörliga bilder, låt vara med relativt låg temporal och spatial upplösning.

Källa: Hjälpmedelsinstitutet

Bilaga 5. Förslag till checklista vid användande av tvångs- och skyddsåtgärder – gällande personer med demenssjukdom

(Här ges exempel på frågeställningar som bör finnas med)

Denna checklista gäller vid särskilda situationer när en person med demenssjukdom riskerar att skada sig själv eller någon annan. När personen inte bedöms ha kapacitet att ta in information om riskmomentet och inte heller bedöms kunna följa rekommendation, på grund av demenssjukdomen.

Checklistan ska endast användas då personen med demenssjukdom inte förstår information och konsekvenser och ska användas även om personen samtycker till en begränsningsåtgärd.

Checklistan ska säkra att alla tänkbara åtgärder är genomförda innan alternativet begränsningsåtgärd övervägs.

(Personen med demenssjukdom tituleras i checklistan som patient).

Datum: 20xx-xx-x

Klockan: xx.xx

Personnummer: xxxxxx-xxxx

Namn: xxxx xxxxxx

Bedömare: _____

Yrke bedömare: _____

Datum för insatt begränsningsåtgärd: 20xx-xx-xx

Klockan: xx.xx

Utvärdering samt Ny bedömning: 20xx-xx-xx

Klockan: xx.xx

1. Har patienten en demensdiagnos? _____

2. Är patienten utsatt för risk att skadas eller riskeras annan person att skadas?

3. Har patienten informerats på ett tillförlitligt sätt om risk och konsekvenser i den aktuella situationen? _____

4. Förstår patienten information i den aktuella situationen. Muntlig, skriftlig eller via annan kommunikation? _____

5. Förstår patienten konsekvensen/konsekvenser med riskbeteende i den aktuella situationen? _____

6a. Har alla åtgärder som bedömts icke begränsande prövats innan begränsningsåtgärd föreslås? _____

6b. Vad har prövats? _____

7. Är basala behov tillgodosedda? Patienten är:

- Mätt och otörstig _____

- Ej övertrött _____

- Ej smärtpåverkad _____

8. Finns det läkemedel som påverkar patienten negativt i situationen? _____

9. Kan det vara något i miljön som gett upphov till den uppkomna situationen? _____

10. Har något i kommunikationen/bemötande med patienten brutit? _____

11. Har alla alternativ till begränsningsåtgärd enligt Din bedömning uttömts? _____

12. Samtycker patienten till begränsningsåtgärd i den aktuella situationen? _____

13. Vilken åtgärd bedöms bli aktuell samt ge minsta lidande för att minska risken för patienten att skada sig eller annan person i den aktuella situationen?

- Brickbord
- Grenbälte
- Låst dörr
- _____
- _____
- _____

14. Bedömer Du att skydds- eller tvångsåtgärden, efter denna genomgång, är oundviklig för att patienten inte ska skada sig själv eller annan person? _____

15. Vilka negativa fysiska effekter kan åtgärden få för personen? (nedsatt motorik, balans, muskelstyrka etc.) _____

16. Är situationen och bedömningen samt föreslagen åtgärd dokumenterad enligt SOL och/alternativt enligt HSL? _____
17. Har tidpunkt för ny bedömning noterats enligt SOL och/alternativt enligt HSL? _____
18. Är du införstådd med att Din bedömning och föreslagen åtgärd endast är tillåten om alla uppgifter i varje punkt är nogra övervägd och hela denna checklista är ifylld? _____
19. Är du medveten om att åtgärden måste utvärderas fortlöpande och endast gäller för den aktuella situationen? _____
20. Är tidpunkt för utvärdering ifylld i checklistans övre del? _____
21. Har anhörig/närstående/God man informerats/delgivits beslut? _____
22. Har Enhetschef, MAS informerats/delgivits beslut? _____